



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA**

**“ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL
CON LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON
SOBREPESO Y OBESIDAD EXÓGENA, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD DE ANALCO PUEBLA, EN EL PERIODO DE ENERO A ABRIL DE 2019”**

TESIS PROFESIONAL

31 Julio 2019

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO**

PRESENTA:

SERGIO KEVIN BUSTAMANTE VILLAGÓMEZ

DIRECTOR EXPERTO:

**DR. MIGUEL ÁNGEL ENRÍQUEZ GUERRA
CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

CO-DIRECTOR METODOLÓGICO:

**DR. JESÚS ANTONIO VALDEZ GARCÍA
CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

PUEBLA, PUEBLA, 2020

ÍNDICE

	PÁGINA
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. ANTECEDENTES	4
1.1. ANTECEDENTES GENERALES	4
1.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	8
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
5. OBJETIVOS	19
5.1. OBJETIVO GENERAL	19
5.2. OBJETIVOS PARTICULARES	19
6. MATERIAL Y MÉTODOS	20
7. RESULTADOS	25
8. DISCUSIÓN	34
9. CONCLUSIONES	37
10. BIBLIOGRAFÍA	38
11. ANEXOS	41

1.- RESUMEN

Introducción.

El sobrepeso y la obesidad se consideran temas prioritarios que forman parte de la estrategia de salud a nivel nacional, que conllevan al desarrollo de múltiples enfermedades metabólicas, las cuales son aún más difíciles de controlar.

Objetivo.

Determinar la asociación entre la percepción de la imagen corporal y la conciencia de enfermedad en adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena, atendidos en el Centro de Salud de Analco Puebla, en el periodo de enero a abril de 2019.

Material y métodos.

Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo, previa autorización del proyecto de investigación por las autoridades del Centro de Salud de Analco Puebla, se procedió a seleccionar a los adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena en base a la medición por IMC, que acudieron a consulta en el periodo del estudio, a quienes se les invitó a participar en el estudio de forma voluntaria mediante firma de consentimiento informado.

A partir de las medidas de peso y talla se realizó el cálculo de IMC con la fórmula siguiente: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$.

Ya contando con IMC se realizó la clasificación en sobrepeso y obesidad en base a las tablas de percentiles de la OMS. Se aplicaron los cuestionarios para la percepción de la imagen corporal y la conciencia de enfermedad (BQS y CESOE).

Se incluyeron a adolescentes que acepten la realización de mediciones (peso-talla) y acompañados de su padre o tutor y acepten firmar la carta de consentimiento informado.

Se excluyeron a adolescentes cuya evaluación de acuerdo al IMC resultó "delgado o "desnutrido".

Resultados.

Predominó la insatisfacción con la imagen corporal con el 59.3% de la muestra en estudio.

Prevalció la noción de enfermedad con el 38.6% de la muestra en estudio.

La imagen corporal no satisfactoria se asocia con una conciencia no adecuada de enfermedad en la muestra en estudio.

Conclusión. Existió asociación entre satisfacción con la imagen corporal y la conciencia de enfermedad es decir los resultados fueron estadísticamente significativa.

2.- INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es la representación mental y consciente que cada individuo construye y percibe de su cuerpo. Esta se refiere a la configuración global del individuo y es influenciada por múltiples elementos como los perceptivos, cognitivos, conductuales, emocionales y culturales. La imagen corporal es construida a partir de la historia psicosocial de las personas, además depende del auto concepto y de la autoestima de cada individuo, por lo que es considerada móvil y variable durante la vida.

La adolescencia es una etapa de la vida crítica, ya que en estas edades la apariencia física es uno de los temas de mayor preocupación y está determinada por factores internos y externos, por el género y por las normas de belleza de la sociedad. Por lo tanto, la imagen corporal en la etapa de la adolescencia es de vital importancia por los cambios que se suscitan durante este periodo pudiendo reflejarse de manera positiva o negativa, de allí que pueden presentarse alteraciones psicológicas como la insatisfacción o distorsión corporal.

En los adolescentes con sobre peso y obesidad una buena conciencia de enfermedad es capacidad de reconocer la enfermedad. La capacidad de apreciar las consecuencias que a nivel de la salud y social conlleva la enfermedad. Dicho con otras palabras, no tener conciencia de la enfermedad, hace que este tipo de pacientes no se ajusten bien a los tratamientos ya que entienden que no lo necesitan, a lo que se suma que no están motivados para realizar un cambio que exige mucho y sobre todo en la obesidad y sobrepeso.

La obesidad y el sobrepeso son un problema multifactorial que obedece principalmente a la falta de una verdadera conciencia de quien la padece y que se traduce en un desequilibrio entre lo que consume como alimento y quema con actividad física. La obesidad causa padecimientos diversos como diabetes, hipertensión, triglicéridos altos, e incluso cáncer, pero a ello también se suman efectos económicos generados por el ausentismo de quienes tienen que reposar o acudir al médico por esa causa.

3.- ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES:

Si bien la delgadez se ha convertido en el ideal femenino establecido en las culturas occidentales, se sabe desde hace mucho tiempo que existen diferencias interculturales en las actitudes hacia la grasa corporal, la obesidad y la delgadez. Tradicionalmente, en el siglo XX se hizo una distinción entre la preferencia por figuras relativamente delgadas en los entornos occidentalizados y la preferencia por las configuraciones relativamente "no tradicionales" y no "occidentalizadas". Por ejemplo, en muchas culturas tradicionales, la gordura se relacionó con percepciones elevadas de autoestima, sexualidad, feminidad y fertilidad. En algunas sociedades, donde las mujeres alcanzaron el estatus a través de la maternidad, una mayor grasa corporal también fue percibida como un símbolo de maternidad y cuidado.

En la década de 1990, la delgadez se había convertido en sinónimo de belleza femenina, con los bajos pesos corporales de las páginas centrales de Playboy y los ganadores del concurso Miss América que se habían estabilizado por debajo del peso normal. Las mujeres occidentales contemporáneas están expuestas a este delgado ideal en casi todas las formas de medios, incluidas revistas, programas de televisión, anuncios, música, televisión y películas populares. ⁽¹⁾

Las valoraciones otorgadas al cuerpo en los últimos años han desencadenado una preocupación sin precedentes por el estudio de varios aspectos relacionados con este tema y constituyen un importante móvil de acción sobre representaciones, prácticas, técnicas, saberes y comportamientos creados por la sociedad para incidir en el cuerpo o sus diferentes partes. Los aportes procedentes de las investigaciones realizadas en poblaciones urbanas han dado cuenta de la preocupación actual sobre la idea de que los cuerpos pueden ser creados, transformados, reconstruidos, aumentados y/o disminuidos. ⁽²⁾

La imagen corporal se ha convertido en un tema popular en los últimos 35 años. De hecho, el 90% de los estudios de imagen corporal se han publicado desde

1980. El interés en esta área es paralelo a las crecientes preocupaciones de salud pública sobre el estado del peso, la inactividad física, la obesidad, los trastornos de la alimentación y el espectro asociado de consecuencias para la salud. ⁽³⁾

La imagen corporal es un concepto acuñado por Paul Schilder en 1935. Es la imagen de nuestro propio cuerpo que formamos en la mente. Las personas vemos partes de nuestra superficie corporal, tenemos impresiones táctiles, térmicas y dolorosas, pero más allá de estas experiencias inmediatas está la unidad del cuerpo que es percibida, aunque no como una percepción. La llamamos esquema corporal y es la imagen tridimensional que todos tenemos de nosotros mismos. Entre sus características generales podemos citar que algunos de sus componentes pueden permanecer fuera de la conciencia, influye en el procesamiento de la información y la conducta, es una experiencia subjetiva que refleja actitudes, deseos, emociones, cogniciones sobre el cuerpo y la experiencia corporal. Está determinada por los procesos de aprendizaje y socialización, impacta y es impactado en/por los procesos interpersonales (bromas, intimidad sexual, etc.), influye en la autoestima y es dinámico. Se han descrito conceptos asociados como parte de sus componentes: esquema corporal, si mismo corporal, narrativa del self corporal. ⁽⁴⁾

En la conformación de la imagen corporal y, por tanto, también en la alteración de su percepción, intervienen variados aspectos biopsicosociales. Uno de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales son los factores socioculturales, entre los cuales destacan el modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea, los patrones estéticos, la clase social, el mundo del modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo. Por otro lado, entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, la feminidad, el factor étnico, los patrones de crianza de la familia, la interrelación con las amistades, las críticas o burlas, el desarrollo físico y el reforzamiento social, la adolescencia, el perfeccionismo y los sitios de internet. ⁽⁵⁾

La investigación ha explorado explícitamente cómo los participantes entienden la construcción de la imagen corporal. Algunos estudios han explorado

las percepciones de los participantes sobre sus cuerpos y su ideal y cómo perciben lo que otros sienten acerca de sus cuerpos, encontrando que los participantes tienden a centrarse en la apariencia, la musculatura o el peso en sus definiciones implícitas de imagen corporal. La exploración adicional de cómo los individuos diversos definen la construcción de la imagen corporal ayudará a informar el diseño futuro del programa de imagen corporal. Más específicamente, la sociedad está compuesta por individuos que varían en edad, antecedentes, capacidad y estado de salud, y, por lo tanto, para comprender la conceptualización de la imagen corporal de la persona leiga, es importante explorar diversas definiciones de individuos que poseen identidades sociales. ⁽⁶⁾

Se ha mostrado que la obesidad o el fracaso en el control del peso a menudo erosionan la autoestima y conducen a una imagen corporal negativa; esto hace que se eviten las relaciones interpersonales, la inactividad general o un sentido de inferioridad, lo que podría resultar en depresión. Además, se ha observado que tanto hombres como mujeres tienen conceptos erróneos sobre su peso corporal. Un estudio previo citado por Jun et al. mostró que de todas las mujeres con un índice de masa corporal normal, el 32.8% pensó que tenía sobrepeso, y de todos los hombres que tenían sobrepeso, el 32.0% pensó que tenía un peso normal o tenía bajo peso. ⁽⁷⁾

No se ha encontrado evidencia que confirme la existencia de una patología específica de la personalidad en las personas obesas, sin embargo, se presentan en ellos con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos. El trastorno de la imagen corporal es una condición que provoca malestar subjetivo incidiendo negativamente en las relaciones sociales, en el desempeño académico, llevando al aislamiento y manifestándose en conductas obsesivo-compulsivas y trastornos alimentarios. La obesidad frecuentemente se asocia a problemas que dificultan la calidad de vida, y además, una sociedad obeso-fóbica conduce a quien presenta este padecimiento a una desvalorización de la persona de manera persistente y cotidiana. ⁽⁸⁾

3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

A nivel mundial el 65% de la población vive en países donde el sobrepeso y la obesidad tienen gran repercusión en la morbilidad y mortalidad, lo que implica grandes gastos a la salud a escala gubernamental y familiar por las complicaciones que representan como diabetes, hipertensión arterial y cáncer entre otras. Este problema de salud pública se ha incrementado en todos los grupos de edad, en EEUU como en México la prevalencia es mayor al 70%. Su origen es multifactorial, algunos de sus determinantes son el balance positivo en el consumo de energía, el sedentarismo y la influencia de los medios de comunicación. ⁽⁹⁾

Fisiopatología de la obesidad

La obesidad se caracteriza por una evolución crónica en diferentes fases: constitución y posterior mantenimiento del exceso de peso y fluctuaciones ponderales. Existe una fase preclínica desde el período intrauterino hasta los primeros cambios corporales. Los factores biológicos (epigenéticos, genéticos, desarrollo de la masa grasa) son importantes. El estadio inicial de constitución, más o menos precoz en función de las personas, se caracteriza por un desequilibrio energético, muy dependiente de la conducta alimentaria y de la actividad física. Clínicamente, existe un aumento del almacenamiento adiposo y un aumento adaptativo de la masa magra. Resulta común pensar que el desarrollo de la masa grasa es secundario a un desequilibrio del balance energético. En algunos casos, podría existir una anomalía primaria del tejido adiposo con mayores capacidades de almacenamiento. La fase de mantenimiento es el resultado de un nuevo equilibrio energético y de cambios de las capacidades de almacenamiento. Una fase de empeoramiento de la enfermedad conduce al estadio de obesidad establecida caracterizada por la aparición de comorbilidades. Esta fase muestra también fluctuaciones ponderales ligadas a los intentos de pérdida de peso que suelen ir seguidos de fases de rebote, llamados también “efecto yo-yo” ponderal, casi siempre ascendente, con consecuencias psicológicas (trastornos de la autoestima y de la conducta alimentaria) y físicas (disminución de la masa magra, cambios del

metabolismo energético) que pueden provocar mayor aumento de peso. El proceso de incremento adiposo se cronifica y aparece una resistencia al adelgazamiento (obesidad llamada “refractaria”).⁽¹⁰⁾

Definición de imagen corporal

Raich define la imagen corporal como un constructo complejo, que incluye tanto la percepción de todo el cuerpo y sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, así como los comportamientos derivados de las cogniciones y los sentimientos que experimentan. De este modo, la imagen corporal puede entenderse como un constructo multidimensional en continuo cambio e interacción y comprende tres componentes fundamentales: la percepción global de todo el cuerpo y cada una de sus partes, la satisfacción con la imagen corporal y las consecuencias conductuales.⁽¹¹⁾

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye percepciones del cuerpo (componente perceptivo), actitudes, sentimientos y pensamientos (componente cognitivo-afectivo), así como las conductas derivadas de estas (componente conductual), que contribuyen a la formación del autoconcepto y forman parte de él. En esta compleja construcción de la imagen del individuo, la imposición de un modelo estético origina una inevitable comparación y discrepancia entre el cuerpo ideal (autoimagen ideal del cuerpo) que impone la sociedad y el cuerpo percibido (autoimagen percibida del cuerpo). De esta discrepancia y la comparación negativa puede surgir insatisfacción corporal, considerada una de las causas más destructivas de la autoestima.⁽¹²⁾

La insatisfacción puede referirse a partes del cuerpo o a cuestiones más de forma, de tamaño o de peso, entre otros. Las alteraciones de la imagen corporal incluyen la distorsión perceptiva de la talla y la insatisfacción y/o preocupación por la imagen corporal.⁽¹³⁾ Duncan et al. han sugerido que el desarrollo de una imagen corporal positiva puede llevar cambios en el estilo de vida.⁽¹⁴⁾

Componentes de la satisfacción corporal

De acuerdo con el modelo tripartito de la influencia, la interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la insatisfacción corporal y como consecuencia en la imagen corporal. Cafri, de Yamamiya, de Brannick, y Thompson, establecen que los factores que se han relacionado con el desarrollo del descontento de la imagen del cuerpo son tres: conocimiento de un ideal estético de la delgadez, interiorización de un ideal de delgadez y presiones percibidas para ser delgado. Dichos autores han utilizado un meta-análisis y calcularon la fuerza de las relaciones entre cada uno de estos factores y la imagen corporal. Los resultados indicaron lo siguiente: “los tres factores socioculturales tenían relaciones estadísticamente significativas con la imagen corporal; la interiorización y las presiones percibidas tienen una relación más fuerte con la imagen corporal que el conocimiento”.⁽¹⁵⁾

La percepción de la imagen corporal está compuesta por distintos elementos, como el perceptual, en el cual se define el tamaño, el peso y la forma del cuerpo; el cognitivo-afectivo, determinado por las actitudes y sentimientos que se tienen hacia el cuerpo y el conductual, que establece las acciones que resultan de los anteriores.

La subvaloración del exceso de peso minimiza la importancia de la enfermedad y, como consecuencia, limita la posibilidad de llevar a cabo acciones para realizar cambios y llegar a un peso saludable. La autopercepción correcta de la imagen corporal empieza a ganar atención ya que está relacionada con las conductas alimentarias y las acciones enfocadas a la salud.⁽¹⁶⁾

Causas de insatisfacción corporal

La satisfacción-insatisfacción de la imagen corporal es uno de los factores más poderosos que predicen los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación. Un cuerpo que es percibido negativamente, así como la insatisfacción corporal, se relaciona con factores que conllevan a trastornos alimentarios. La imagen corporal es la “imagen que forma la mente de nuestro cuerpo, es decir, por el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos

que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal. ⁽¹⁷⁾

La frecuencia de la insatisfacción de la imagen corporal puede ser explorada en diferentes grupos como el género, la edad, la sexualidad, las clases sociales, los grupos étnicos o culturales. Las causas de la insatisfacción de la imagen corporal pueden deberse a factores sociales y psicológicos. Algunos investigadores han explorado los factores sociales, como los medios de comunicación, la cultura, las amistades y la familia y dentro de los factores psicológicos se encuentran los sentimientos causados por los factores sociales; así mismo, se han estudiado las creencias generadas por la influencia de los padres. ⁽¹⁸⁾

Dado que la imagen corporal positiva surgió de y dentro de las disciplinas que reconocen las diferencias individuales y celebran la diversidad, los investigadores han considerado cómo la imagen corporal positiva puede verse afectada por varias identidades sociales (por ejemplo, cultura, raza, género, edad, tamaño, capacidad, orientación sexual, etc.), religión / espiritualidad, y estatus socioeconómico). ⁽¹⁹⁾

Instrumentos de evaluación

Las técnicas de evaluación de la imagen corporal se han focalizado en la medición de dos componentes: el componente perceptivo y el subjetivo. Posteriormente se construyeron instrumentos para evaluar los aspectos conductuales y comportamentales. La mayoría de las escalas propuestas para evaluar la imagen corporal han sido realizadas en un contexto anglosajón y europeo, y existen numerosas escalas construidas en EU, Gran Bretaña, Canadá y España. Entre los instrumentos con los que se cuenta para evaluar la imagen corporal, está la entrevista semiestructurada Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), de Rosen y Reiter. En cuanto a los cuestionarios, sobresale el Eating Disorders Inventory (EDI), que contiene una subescala de insatisfacción corporal validada en muestras mexicanas. También se encuentran los cuestionarios Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) y el Body Shape Questionnaire (BSQ),

de Cooper y Taylor, validados en una muestra mexicana por Ochoa, Villareal, Molina y Bayle. ⁽¹⁵⁾

El Body Shape Questionnaire (BSQ) cuantifica el nivel de satisfacción y preocupación de los pacientes con respecto a la forma de su cuerpo. Esta escala fue creada inicialmente en inglés por Cooper et al. en 1987, con una estructura de un factor que comprende 34 elementos de autoinforme y utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos. Posteriormente, Evans y Dolan en 1993 realizaron un estudio de validación y crearon seis versiones de 8 y 16 elementos, todas las cuales tenían una estructura unifactorial. En estas versiones, los ítems se asignaron utilizando la puntuación media de las respuestas de 171 encuestados y tenían buenos valores de consistencia interna. Actualmente, el BSQ tiene diferentes versiones (34 ítems y versiones abreviadas) y está adaptado para varios países, incluyendo Alemania, Brasil, Colombia, Corea, Estados Unidos, España, Francia, Inglaterra, Japón, Malasia, México, Portugal, Suecia, y Turquía. ⁽²⁰⁾

La validez concurrente, la validez discriminante y la consistencia interna del BSQ de 34 ítems siempre se han verificado y su confiabilidad de test-retest nuevamente se ha establecido. Sin embargo, la validez de constructo de esta escala siempre ha sido problemática. Este cuestionario fue conceptualizado y calificado en la investigación como un cuestionario unidimensional, pero Cooper et al. desarrolló la escala BSQ en inglés original de 34 elementos sin probar su estructura de construcción. Otros estudios de validación probaron la estructura factorial del BSQ de 34 ítems en varios idiomas y retuvieron más de un factor en los análisis factoriales exploratorios. ⁽²¹⁾

Intervenciones para mejorar la imagen corporal

Dadas las asociaciones entre la imagen corporal negativa, los problemas psicológicos y los comportamientos poco saludables, se ha diseñado un gran número de intervenciones para mejorar la imagen corporal. La más prominente de estas intervenciones es la terapia cognitivo-conductual. En términos generales, la terapia cognitivo-conductual pretende ayudar a las personas a modificar los pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales que contribuyen a la

imagen corporal negativa. Para lograr estas mejoras, se utilizan una variedad de técnicas de cambio cognitivo y de comportamiento, tales como el autocontrol, la reestructuración cognitiva y los ejercicios de exposición.

Otras intervenciones para mejorar la imagen corporal se pueden dividir en cuatro categorías: entrenamiento físico, alfabetización mediática, mejora de la autoestima y psicoeducación. Las intervenciones de entrenamiento físico incluyen actividades aeróbicas o anaeróbicas dirigidas a mejorar las capacidades físicas (por ejemplo, la fuerza muscular). Curiosamente, las mejoras objetivas en el estado físico obtenidas por tales intervenciones están relacionadas de manera inconsistente con los cambios en la imagen corporal. En cambio, parece que las mejoras percibidas en las capacidades físicas pueden jugar un papel más importante. Las intervenciones de entrenamiento físico también pueden mejorar la imagen corporal al alentar a las personas a enfocarse más en la funcionalidad de su cuerpo y menos en su apariencia, o al aumentar su sentido de autoeficacia. ⁽²²⁾

Peso y satisfacción corporal

La imagen corporal es un factor importante que influye en las percepciones y actividades relacionadas con el peso. ⁽²³⁾ El vínculo entre el estado del peso y la imagen corporal es complejo. Schwartz y Brownell argumentan que la imagen corporal podría verse afectada por la obesidad a través de la angustia psicológica, lo que tiene un impacto en la calidad de vida. Si bien la imagen corporal es un fenómeno psicológico subjetivo, también está determinada en gran medida por la experiencia social. Las sociedades occidentales actuales tienden a idealizar la esbeltez, y se supone que la representación de los medios del cuerpo ideal femenino o masculino tiene una gran influencia en la forma en que los individuos evalúan y experimentan su apariencia física. Estos ideales generalmente se asocian con tener una voluntad fuerte y tener el control del cuerpo de uno, y las personas que no son capaces de ajustarse a este ideal enfrentan un estigma sustancial. Mientras que el enfoque en las mujeres es ser delgada, se supone que los hombres también deben ser moderadamente musculosos. Las investigaciones anteriores han encontrado que las mujeres tienen más probabilidades de luchar por la delgadez.

Curiosamente, los hombres parecen estar divididos entre aquellos que desean ser más delgados y aquellos que desean ser más grandes y más musculosos, una distinción que lleva a las recomendaciones de investigar la insatisfacción del cuerpo masculino y femenino por separado. ⁽²⁴⁾

En general, la satisfacción con el peso y la forma disminuye con el aumento del IMC y la búsqueda de la forma física deseada implica una amplia gama de comportamientos y actividades como la dieta y el ejercicio físico. La dieta es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, que tienden a practicar ejercicio físico en lugar de dieta para cambiar el aspecto de sus cuerpos y perder peso. Además, mejorar la imagen corporal, particularmente al reducir su importancia en la vida personal, desempeña un papel en la mejora de la autorregulación de la alimentación durante el control de peso en las mujeres. ⁽²⁵⁾

Varias investigaciones como las de Duchin et al. o Heshmat et al. demuestran la relación entre los trastornos de peso y la imagen corporal, por lo que esta puede utilizarse como un ámbito sobre el cual actuar a la hora de realizar iniciativas para la promoción de la salud y la reducción del sedentarismo y la obesidad. De hecho, estudios como los de Sánchez-Cruz, et al., Ávalos et al. o Deutsh, Guarrera-Bowlby, Myslinski, y Kafri, han confirmado que mediante la práctica de actividad física no solo pueden reducirse los niveles de obesidad, sino que a través de esta puede mejorarse la imagen corporal tanto directamente, pues al reducir los niveles de obesidad cambiará la morfología corporal y la imagen corporal, como indirectamente, ya que la actividad física permite conocer mejor las posibilidades del sujeto y por tanto, adquirir una imagen corporal más ajustada a la realidad. ⁽²⁶⁾

Diferencias en la percepción por género

Los hombres tienen una distorsión negativa generalizada y las mujeres tienen mayor distorsión positiva cuando se ven en el espejo. Generalmente las mujeres están menos satisfechas con su cuerpo que los hombres. Sin embargo, es posible que la poca satisfacción con la imagen corporal pueda estar afectando a los hombres de las nuevas generaciones. El mayor autoconocimiento del IMC femenino puede relacionarse con el deseo de las mujeres por tener menor peso y con no tener

una plena satisfacción con su imagen corporal. Aunque uno de los problemas para identificar el factor determinante es saber si la distorsión de la imagen corporal causa poca satisfacción con el cuerpo o al revés. Las mujeres son más susceptibles a los ideales estéticos del cuerpo que los hombres, pero son aún más susceptibles a la influencia de sus relaciones interpersonales. Ese hecho podría ser el mismo fenómeno que hace que los hombres vean su sobrepeso como normal. ⁽²⁷⁾

Conciencia de la enfermedad en obesidad

Los aspectos de salud mental de la obesidad en particular han recibido poca atención a pesar de la evidencia que documenta la co-ocurrencia de depresión y estigma. Además, las conductas alimentarias desordenadas, las dietas extremas y la depresión aumentan con el tiempo. Estudios anteriores informan que entre el 11% y el 15% de los adolescentes que ingresan al tratamiento para la obesidad tienen síntomas depresivos significativos, y entre el 10% y el 30% reportan un comportamiento alimentario desordenado. Por lo tanto, antes de una derivación al control de peso, los médicos deben evaluar el riesgo de salud mental en los pacientes para maximizar sus respuestas al cambio de estilo de vida. El contexto social y de desarrollo del paciente también puede afectar fuertemente sus conductas alimentarias y también su capacidad para responder a las recomendaciones de cambio de estilo de vida. ⁽²⁸⁾

En estudios anteriores en los que se pidió a las mujeres que clasificaran su propio peso, aproximadamente el 40% de las mujeres afroamericanas con sobrepeso (IMC > 25) y el 10% de las mujeres afroamericanas obesas (IMC > 30) declararon que su peso era "correcto" o "bajo peso". Los resultados sugieren que el umbral cultural para el sobrepeso entre las mujeres puede ser un IMC (autoinformado) de 30 o 35. Mientras que las definiciones médicas definen sobrepeso como IMC > 25. ⁽²⁹⁾

Una escasa conciencia del trastorno se ha relacionado con peor cumplimiento terapéutico y, de forma poco consistente, con inadecuada utilización de los recursos asistenciales; también se ha asociado a hospitalización involuntaria,

mayor distorsión en la percepción subjetiva de la calidad de vida, peor funcionamiento social y, globalmente, a peor evolución. ⁽³⁰⁾

La falta de conciencia de enfermedad respecto a las repercusiones de la enfermedad y a la enfermedad misma, está fuertemente asociada a una mala adherencia y desconfianza en el tratamiento y un peor pronóstico del curso de la enfermedad. Actualmente, lejos de las primeras definiciones de la conciencia de la enfermedad como característica dicotómica que se posee o no se posee, sabemos que este concepto abarca un amplio abanico de manifestaciones más allá de la simple conciencia da enfermedad, y se describe como un fenómeno multidimensional que sucede en un continuum. ⁽³¹⁾

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes con sobrepeso y obesidad no se perciben enfermos, dado que no se ha promovido la conciencia de lo que significa el padecer sobrepeso u obesidad, enfermedades que desencadenan múltiples patologías crónico degenerativas, situación que afecta a la mayoría de la población mexicana, no se ha tomado en cuenta la conciencia que tienen los individuos acerca del sobrepeso y la obesidad como enfermedad, lo que impide el apego a tratamiento en este tipo de patologías, el crear una adecuada conciencia de enfermedad puede generar reducción de peso favorable y benéfica para la salud además de mejora en la calidad de vida.

El hacer conciencia de su enfermedad y una adecuada imagen corporal a los pacientes en edad adolescente permitirá modificar estilos de vida, lo que a su vez disminuirá el desarrollo de complicaciones de las enfermedades metabólicas asociadas a sobrepeso y obesidad, además de disminuir el costo de los servicios de salud.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Existirá asociación entre la percepción de la imagen corporal y la conciencia de enfermedad en adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena, atendidos en el Centro de Salud de Analco Puebla, en el periodo de enero a abril de 2019?

5.- OBJETIVOS

5.1.- Objetivo general:

Determinar la asociación entre la percepción de la imagen corporal y la conciencia de enfermedad en adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena, atendidos en el Centro de Salud de Analco Puebla, en el periodo de enero a abril de 2019.

5.2- Objetivos específicos:

Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad) de los pacientes adolescentes en estudio.

Describir la percepción de la imagen corporal en los pacientes en estudio.

Describir el grado de conciencia de enfermedad en adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena en estudio.

Cuantificar la asociación a través de estadística inferencial entre la percepción de la imagen corporal y la conciencia de enfermedad en adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo, Para la asociación entre la percepción de la imagen corporal y la conciencia de enfermedad en adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena, atendidos en el Centro de Salud de Analco Puebla, en el periodo de enero a abril de 2019.

Previa autorización del proyecto de investigación por las autoridades del Centro de Salud de Analco Puebla, se procedió a seleccionar a los adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena en base a la medición por IMC, que acudieron a consulta en el periodo del estudio, a quienes se les invitó a participar en el estudio de forma voluntaria mediante firma de consentimiento informado, explicando tanto al adolescente como al padre o tutor las características del estudio y el objetivo de llevar a cabo el proyecto de investigación, resolviendo cualquier duda que surja a partir de la lectura del consentimiento informado, explicando que el aceptar ingresar al estudio involucra la medición antropométrica del adolescente, además de la aplicación de dos cuestionarios que evaluaran su percepción corporal y el grado de conciencia de obesidad y sobrepeso así como la medición de peso y talla.

Para la toma de medidas antropométricas se utilizó el siguiente material:

Báscula con estadímetro, capaz de registrar pesos entre 0 y 150 kg, con una precisión de 100g.

Se solicitó a los adolescentes se quiten los zapatos, calcetines, prendas pesadas (abrigos, chamarras, etc.), para la medición del peso corporal se colocó la báscula en una superficie estable, plana, dura y horizontal, se colocó al adolescente en medio de la plataforma de la balanza, con los pies ligeramente separados permaneciendo quieto durante la medición y se realizó el registro en kilogramos. El estadímetro se colocó de manera que el adolescente mire al frente y con el plano de Frankfurt paralelo al suelo, el registro se realizó en metros.

A partir de las medidas de peso y talla se realizó el cálculo de IMC con la formula siguiente: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$

Ya contando con IMC se realizó la clasificación en sobrepeso y obesidad en base a las tablas de percentiles de la OMS.

Se otorgaron los cuestionarios (BQS y CESOE), instrucciones y material didáctico para su correcto llenado, en caso de que el adolescente tenga dificultad para contestar los cuestionarios, el tesista apoyó en la lectura y explicación de las preguntas para que todas sean contestadas.

Criterios de inclusión.

Adolescentes atendidos dentro del periodo del estudio.

adolescentes con sobrepeso y obesidad exógena comprobado.

Adolescentes que acepten la realización de mediciones (peso-talla).

Adolescentes que acudan acompañados de su padre o tutor y acepten firmar la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

Adolescentes con IMC normal.

Adolescentes que expresaron no querer participar o que sus padres se opusieron.

Adolescentes cuya evaluación de acuerdo al IMC resultó "delgado o "desnutrido".

Criterios de eliminación.

Adolescentes que no completen las respuestas de los cuestionarios.

Adolescentes que deseen retirarse del estudio, o en su caso los padres o tutores.

El muestreo fue determinado con todos los adolescentes que reunieron los criterios de selección y el tamaño de la muestra fue conveniente.

Se recopilaron las variables en una hoja redactada especialmente por el tesista para recabar dicha información.

Se formó la población en estudio con base en los criterios de inclusión y de exclusión, se obtuvieron los datos de las variables en las encuestas aplicadas a los adolescentes con sobrepeso y obesidad y luego se realizó el llenado de los datos en una hoja especial para luego trasladarlo al paquete estadístico SPSS versión 25.

Para los datos obtenidos de las variables sociodemográficas y de las encuestas aplicadas a los adolescentes en estudio se aplicó estadística descriptiva.

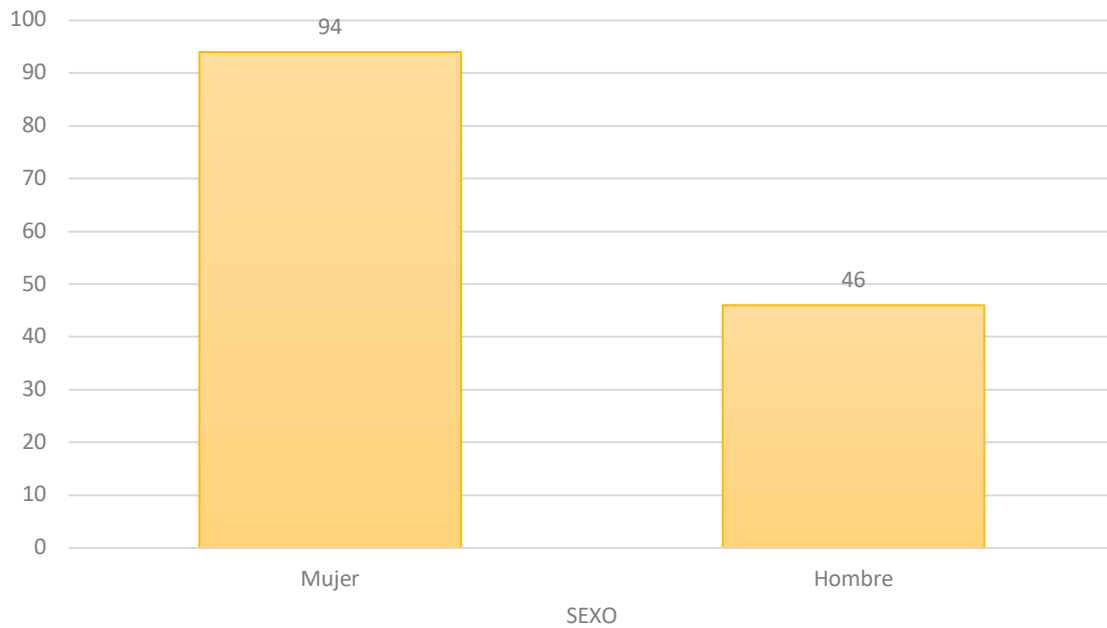
Se aplicó el estadístico chi cuadrado para cuantificar la correlación y el valor de P de las variables según sea el caso o el coeficiente de correlación de Spearman para conocer la fuerza de asociación.

7.- RESULTADOS

Cuadro 1: Distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	94	67.1
Hombre	46	32.9
Total	140	100.0

Gráfica 1: Distribución por sexo



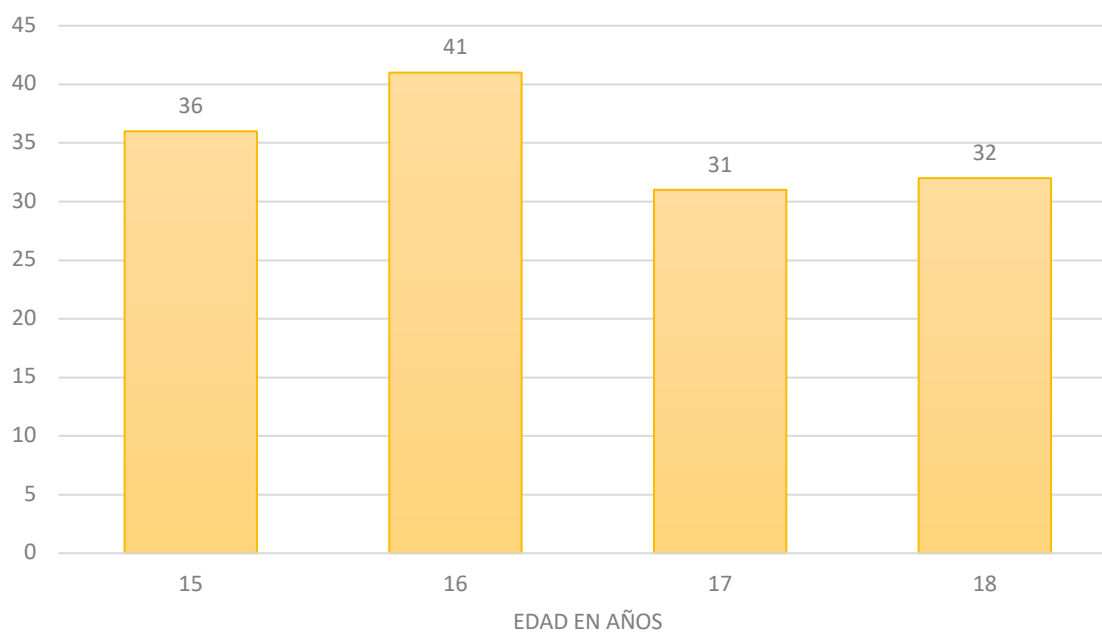
Se aprecia en el cuadro 1 y gráfica 1 que predominaron las mujeres con el 67.1% de la muestra en estudio.

Fuente: Centro de Salud de Analco Puebla, enero a abril de 2019.

Cuadro 2: Distribución por edad

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
15	36	25.7
16	41	29.3
17	31	22.1
18	32	22.9
Total	140	100.0

Gráfica 2: Distribución por edad



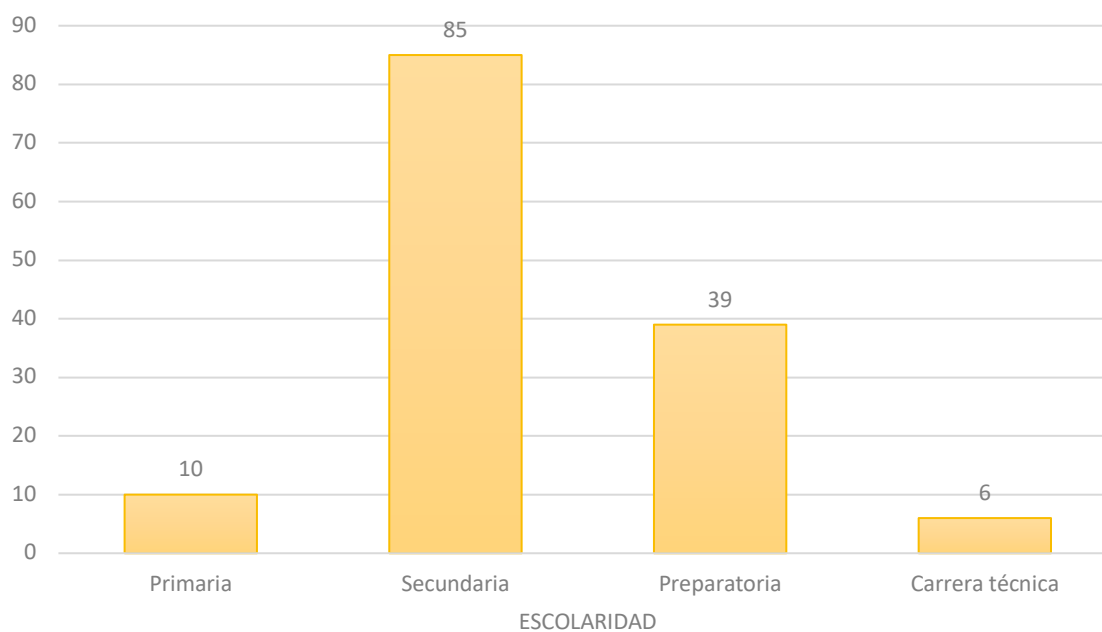
En el cuadro 2 y grafica 2 se aprecia que predominó la edad de 16 años con el 29.3% de la muestra estudiada.

Fuente: Centro de Salud de Analco Puebla, enero a abril de 2019.

Cuadro 3: Distribución por escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	10	7.1
Secundaria	85	60.7
Preparatoria	39	27.9
Carrera técnica	6	4.3
Total	140	100.0

Gráfica 3: Distribución por escolaridad



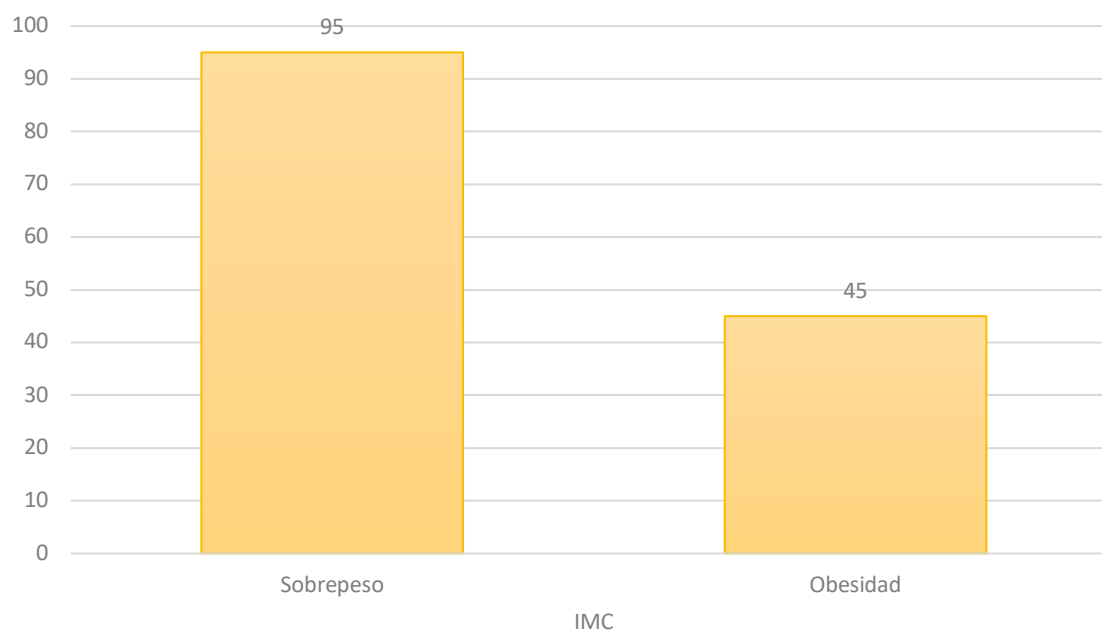
Se aprecia en el cuadro 3 y gráfica 3 que predominó la escolaridad de secundaria con el 60.7% de la muestra en estudio.

Fuente: Centro de Salud de Analco Puebla, enero a abril de 2019.

Cuadro 4: Distribución por IMC

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	95	67.9
Obesidad	45	32.1
Total	140	100.0

Gráfica 4: Distribución por IMC



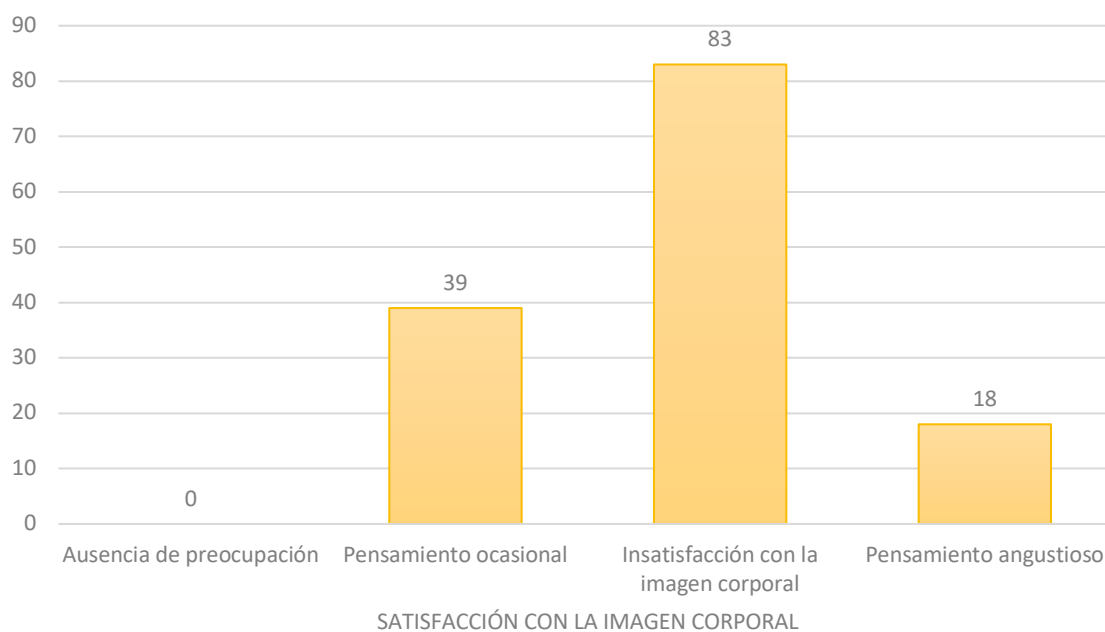
Se aprecia en el cuadro 4 y gráfica 4 que predominó el sobrepeso con el 67.9% de la muestra en estudio.

Fuente: Centro de Salud de Analco Puebla, enero a abril de 2019.

Cuadro 5: Distribución por satisfacción con la imagen corporal

Imagen corporal	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de preocupación	0	0.0%
Pensamiento ocasional	39	27.9
Insatisfacción con la imagen corporal	83	59.3
Pensamiento angustioso	18	12.9
Total	140	100.0

Gráfica 5: Distribución por satisfacción con la imagen corporal



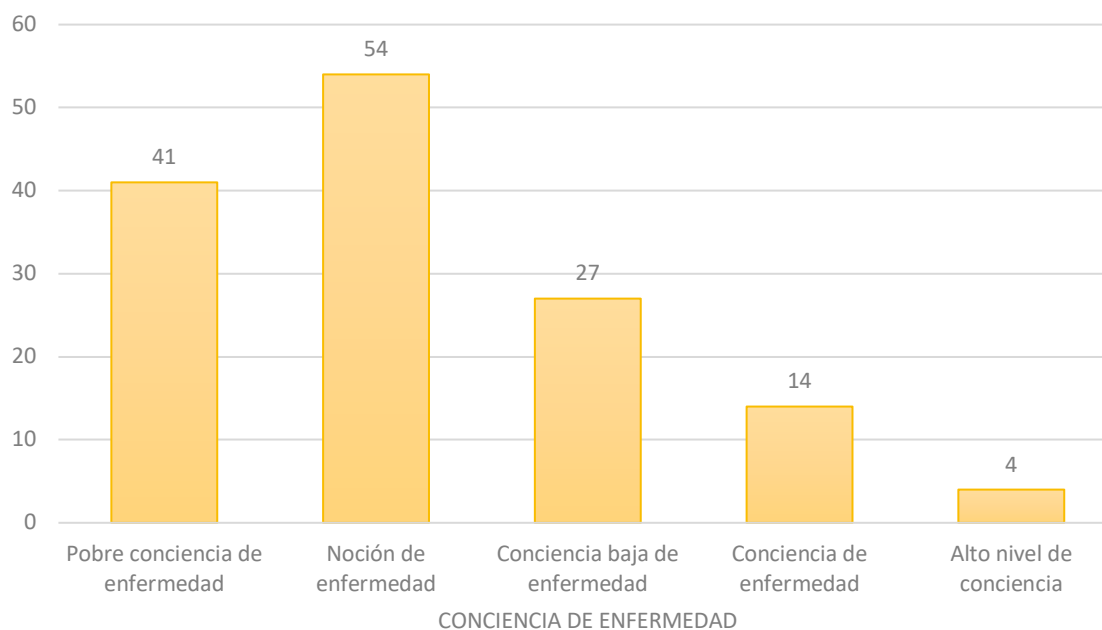
Se aprecia en el cuadro 5 y gráfica 5 que predominó la insatisfacción con la imagen corporal con el 59.3% de la muestra en estudio.

Fuente: Centro de Salud de Analco Puebla, enero a abril de 2019.

Cuadro 6: Distribución por conciencia de enfermedad

Conciencia de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Pobre conciencia de enfermedad	41	29.3
Noción de enfermedad	54	38.6
Conciencia baja de enfermedad	27	19.3
Conciencia de enfermedad	14	10.0
Alto nivel de conciencia	4	2.9
Total	140	100.0

Gráfica 6: Distribución por conciencia de enfermedad



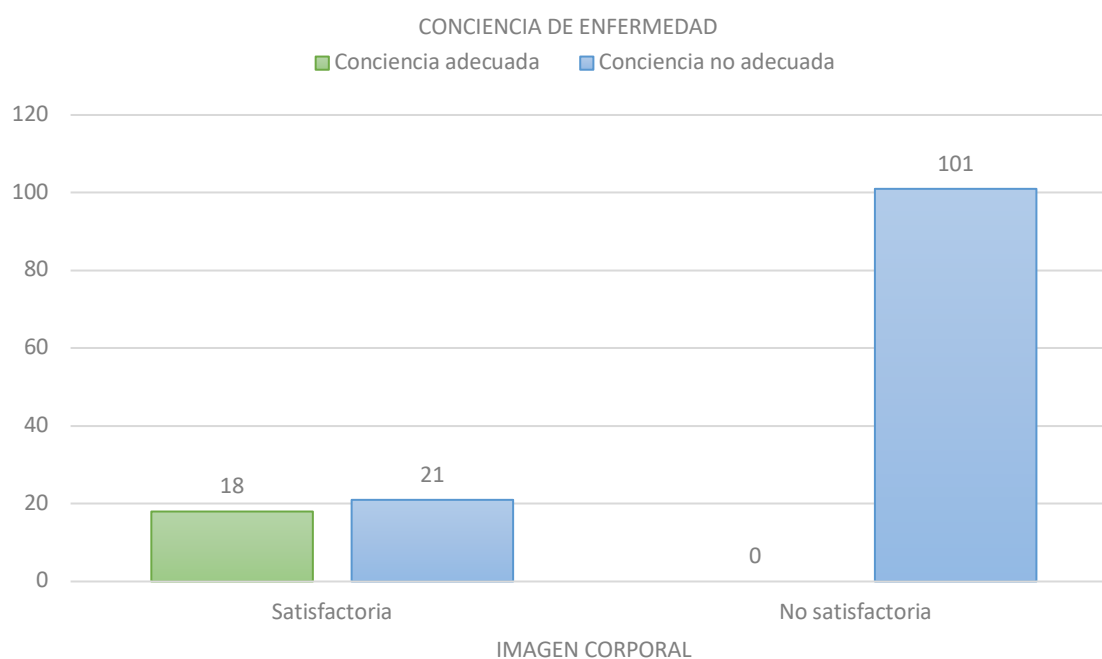
Se aprecia en el cuadro 6 y gráfica 6 que predominó la noción de enfermedad con el 38.6% de la muestra en estudio.

Fuente: Centro de Salud de Analco Puebla, enero a abril de 2019.

Cuadro 7: Tabla cruzada Satisfacción con la imagen corporal*Conciencia de enfermedad

Satisfacción con la imagen corporal	Conciencia de enfermedad		Total
	Conciencia adecuada	Conciencia no adecuada	
Satisfactoria	18	21	39
No satisfactoria	0	101	101
Total	18	122	140

Gráfica 7: Asociación de satisfacción con la imagen corporal*conciencia de enfermedad



Se aprecia en el cuadro 7 y gráfica 7 que la imagen corporal no satisfactoria se asocia con una conciencia no adecuada de enfermedad en la muestra en estudio.

Fuente: Centro de Salud de Analco Puebla, enero a abril de 2019.

Cuadro 8: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53.493 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	49.453	1	.000		
Razón de verosimilitud	53.591	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	53.111	1	.000		
N de casos válidos	140				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.01.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Se aprecia en el cuadro 8 que la asociación entre satisfacción con la imagen corporal y la conciencia de enfermedad es estadísticamente significativa con un valor p menor de 0.05.

8.- DISCUSIÓN

Posterior al análisis de los resultados obtenidos, se encontró que predominó la insatisfacción con la imagen corporal con el 59.3% de la muestra en estudio. Lo cual es un indicador de una percepción disarmónica con la apariencia física. Se ha descrito que los adolescentes que se perciben erróneamente como personas con obesidad tienen más probabilidades de participar en una dieta extrema, como el ayuno, el uso de pastillas para adelgazar y el uso de laxantes. Es probable que tales comportamientos sean un mecanismo a través del cual la percepción errónea se asocie con la obesidad: los pacientes que se perciben erróneamente como personas con sobrepeso se involucran en estos comportamientos, lo que contribuye a un mayor aumento de peso a largo plazo. ⁽³²⁾

Esta falta de percepción objetiva resulta de las interacciones sociales con el adolescente; mientras que la sociedad describe un estándar de belleza donde hay una ausencia de adiposidad en los cuerpos “falsamente” moldeados por los estereotipos, existe una imagen negativa en los adolescentes que los impulsa a querer seguir los estándares. Percibiéndose de este modo una insatisfacción con la autoimagen del cuerpo. Siendo esta actitud el origen de diversos problemas con la alimentación y las consecuencias que ello conlleva a la salud.

Una de las características de algunos pacientes con obesidad, es la percepción del cuerpo como impuro; permiten que su peso se incremente a tal grado que pierden la forma del cuerpo femenino, con lo que se protegen de distintas amenazas. De tal forma, el sujeto, ha recibido y recibe señales ambivalentes: el cuerpo es malo y es bueno, hay que castigarlo y hay que cuidarlo, es enemigo y es aliado, es hermoso y es horrible, hay que gozarlo y hay que nulificarlo.

En los pacientes con obesidad, frecuentemente se escuchan comentarios como: “Yo sé que comer tanto pan dulce me hace daño, pero no puedo evitarlo, porque me hace sentir bien.” Es decir, por un lado es algo deseado, pero por otro lado amenaza la salud. Las personas con sobrepeso u obesidad se refieren a los

alimentos no solamente como sabrosos, sino como algo que no pueden dejar, como una protección, un proveedor de bienestar emocional, un castigo, una fuente de culpa. ⁽³³⁾

Agregado a esto, se encuentra que existe una carencia de conciencia de enfermedad en estos pacientes con obesidad/sobrepeso; lo que se refleja en el hallazgo de que prevaleció la noción de enfermedad con el 38.6% de la muestra en estudio. La carencia de la conciencia de enfermedad evita que el paciente busque ayuda adecuada, le impide apegarse a los tratamientos y lo más importante; le genera un desinterés en atender holísticamente la obesidad.

De acuerdo con los resultados estadísticos, se puede asegurar que, en el presente estudio, la imagen corporal no satisfactoria se asocia con una conciencia no adecuada de enfermedad en la muestra en estudio de manera significativa.

9.- CONCLUSIONES

Predominaron las mujeres con el 67.1% de la muestra en estudio.

Fue más prevalente la edad de 16 años con el 29.3% de la muestra estudiada.

Prevaleció la escolaridad de secundaria con el 60.7% de la muestra en estudio.

Fue más frecuente el sobrepeso con el 67.9% de la muestra en estudio.

Predominó la insatisfacción con la imagen corporal con el 59.3% de la muestra en estudio.

Prevaleció la noción de enfermedad con el 38.6% de la muestra en estudio.

La imagen corporal no satisfactoria se asocia con una conciencia no adecuada de enfermedad en la muestra en estudio.

La asociación entre satisfacción con la imagen corporal y la conciencia de enfermedad es estadísticamente significativa.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Swami V. Cultural Influences on Body Size Ideals Unpacking the Impact of Westernization and Modernization. *European Psychologist* 2015; 20(1):44-51
- 2.- Pérez S, Romero G. Imagen corporal y representaciones alimentarias en mujeres de trece comunidades rurales mexicanas. *Población y Salud en Mesoamérica* 2018; 15(2):1-27
- 3.- Voelker D, Reel J, et al. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2015; 6:149–158
- 4.- Kirszman D, Salgueiro M. Body Image. Mediating dimensions in psychopathology and types of intervention. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2015; 6:129-136
- 5.- Cruzat C, Díaz F, et al. Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Rev Med Chile* 2016; 144:743-750
- 6.- Bailey K, Gammage K, et al. How do you define body image? Exploring conceptual gaps in understandings of body image at an exercise facility. *Body Image* 2017; 23:69–79
- 7.- Jin E, Choi S. Obesity, Body Image, Depression, and Weight-control Behaviour Among Female University Students in Korea. *J Cancer Prev* 2014; 19:240-246
- 8.- Romero E, Márquez S, et al. IMAGEN CORPORAL EN NIÑOS OBESOS: EFECTOS PRODUCIDOS POR UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO. *e-balonmano.com: Revista de Ciencias del Deporte* 2014; 10(3):149-162
- 9.- Sámano R, Rodríguez A, et al. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutr Hosp.* 2015; 31(3):1082-1088
- 10.- Ciangura C, Carette C, et al. Obesidad del adulto. *EMC - Tratado de medicina* 2017; 21(2):1-10

11.- Ramos P, Rivera F, et al. Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología* 2016; 9(1):42-50

12.- Fernández J, González I, et al. Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Rev Latinoam Psicol.* 2015; 47(1):25-33

13.- Oliva Y, Ordóñez M, et al. Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Rev Biomed* 2016; 27:49-60

14.- Tornero I, Sierra A, et al. Implicaciones didácticas para la mejora de la imagen corporal y las actitudes hacia la obesidad desde la Educación Física. *Retos* 2015; 27:146-151

15.- Rodriguez B, Oudhof H, et al. Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Desarr Salud Mental* 2010; 33:325-332

16.- Lerma N, Álvarez G, et al. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estud. soc* 2015; 24-25(47):381-409

17.- García B, Ortiz M, et al. Percepción y satisfacción de la imagen corporal en una comunidad universitaria. *MEMORIAS DEL XVI CONCURSO LASALLISTA DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN CLIDi* 2014: Cs-19-Cs-22

18.- Jiménez P, Jiménez A, et al. Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2017; 34(2):479-489

19.- Tylka T, Wood N. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image* 2015; 14:118-129

20.- da Silva W, Dias J, et al. Confirmatory factor analysis of different versions of the Body Shape Questionnaire applied to Brazilian university students. *Body Image* 2014; 11:384–390

21.- Lentillon V, Berchtold A, et al. Validity and Reliability of the French Versions of the Body Shape Questionnaire. *Journal of Personality Assessment* 2014; 96(4):471-477

22.- Alleva J, Sheeran P, et al. A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to Improve Body Image. *PLoS ONE* 2015; 10(9):e0139177

23.- Pulvers K, Bachand J, et al. BMI-based norms for a culturally relevant body image scale among African Americans. *Eating Behaviors* 2013; 14:437–440

24.- Weinberger N, Kersting A, et al. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2016; 9:424–441

25.- Zaccagni L, Masotti S, et al. Body image and weight perceptions in relation to actual measurements by means of a new index and level of physical activity in Italian university students. *Journal of Translational Medicine* 2014, 12:42

26.- Chacón R, Zurita F, et al. ESTUDIO SOBRE LA APLICABILIDAD DE EXERGAMES PARA LA MEJORA DE LOS ÍNDICES DE OBESIDAD Y LA IMAGEN CORPORAL EN ESCOLARES. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte* 2016; 11(1):97-105

27.- Bobadilla S, López A. Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52(4):408-414

28.- Jasik C. Body Image and Health Eating Disorders and Obesity. *Prim Care Clin Office Pract* 2014; 41:519–537

29.- Lynch E, Kane J. Body Size Perception Among African American Women. *J Nutr Educ Behav.* 2014; 46:412-417

30.- Ruiz A, Pousa E, et al. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(2):111-119

31.- Fernández M. Relación entre conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y las actividades de la Vida diaria. *Revista Asturiana de terapia ocupacional* 2010; 8:3-7

32.- Sutin A, Terracciano A. Body Weight Misperception in Adolescence and Incident Obesity in Young Adulthood. *Psychological Science* 2015; 26(4):507–511

33.- Villaseñor S, Ontiveros C, et al. Salud mental y obesidad. *Investigacion en salud* 2006; VIII(2):86-90

11.- ANEXOS

ENEXO1:

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Edad.

Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.

Sexo.

Sexo' se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.

Escolaridad.

Grado o nivel de enseñanzas en instituciones legalmente constituidas.

Percepción de la imagen corporal.

La imagen corporal es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico.

Conciencia de enfermedad.

Persona que conoce y entiende su enfermedad, por lo tanto esta consiente de su circunstancia.

Sobre peso.

El sobrepeso es una acumulación excesiva y anormal de grasa corporal perjudicial para la salud.

Hoy en día, el sobrepeso es un tema de salud pública. Las tres formas de calcular el sobrepeso son:

Mediante el IMC o índice de masa corporal: el IMC se calcula mediante la fórmula $\text{peso} / \text{altura}^2$. Por ejemplo, para una persona que mide 1.60 metros y pesa 70 kilos, su IMC sería: $(70 / (1.60 \times 1.60)) = 70 / 2.56 = 27.34$. Esto significa que la persona está dentro de los rangos normales pero muy cerca del sobrepeso.

Mediante la circunferencia de la cintura: se considera sobrepeso si la circunferencia de la cintura de una mujer mide más de 80 cm y la de un hombre más de 94 cm.

Obesidad exógena.

La obesidad exógena es la más común y no está causada por ninguna enfermedad del organismo, sino que está provocada por los hábitos de cada

persona. Este tipo de obesidad constituye aproximadamente entre el 90 y el 95% de todos los casos de obesidad, lo que significa que la mayoría de personas que padecen obesidad no lo hacen por motivos patológicos, si no por un inadecuado régimen de alimentación o estilo de vida. En ocasiones, no se trata únicamente de que haya una alimentación excesiva, si no de que hay una falta de gasto de energía y por tanto se produce un desarreglo entre lo ingerido y lo quemado.

ANEXO 2: CUESTIONARIO BSQ

INSATISFACCION DE IMAGEN CORPORAL

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre	
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?							
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?							
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?							
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?							
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?							
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?							
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?							
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?							
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?							
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?							
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?							
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?							
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)							
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?							
IC15	Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?							
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?							
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?							
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?							
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?							
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?							
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?							
IC22	Te has sentido mas a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?							
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)							
IC24	Te ha preocupado que la gente vea "llantitas" en tu cintura?							
IC25	Has pensado que no es justo que otras chavas/os sean mas delgadas/os que tu?							
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?							
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?							
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?							
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?							
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?							
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?							
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?							
IC33	Te has fijado mas en tu figura cuando estas en compañía de otra gente							
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?							

4. Cuando subo de peso, consulto a un nutriólogo para que me asesore con una dieta adecuada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Camino por lo menos 30 minutos al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Voy al doctor para recibir tratamiento para bajar de peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mientras veo televisión, como botanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Veo programas de televisión que dan consejos para bajar de peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Paso la mayor parte del día sentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Busco recetas de cocina saludable en revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Asisto con un psicólogo para incrementar mi bienestar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ahora encontraras afirmaciones en las que hay que indicar qué tan de acuerdo o no estás con ellas.

Ejemplo: Me gusta la comida mexicana.

Si marcas el cuadro más grande indicaras que estas totalmente de acuerdo con que te gusta la comida mexicana, marca el segundo si estás muy de acuerdo con la afirmación, el que está seleccionado indicará que estás de acuerdo, el cuarto se marca para indicar que estás en desacuerdo con que te gusta la comida mexicana, el siguiente que estas muy en desacuerdo y finalmente el sexto indica que estas completamente en desacuerdo con que te gusta la comida mexicana.

23. Mis amigos consideran que como en exceso.

24. Mis amigos creen que soy una persona sedentaria

¡Gracias por tu colaboración!

ANEXO 5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO 4: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NO.	PESO	TALLA	IMC	SOBREPESO	OBESIDAD	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	PERCEPCION CORPORAL	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Sobrepeso

1. Pobre conciencia de enfermedad
2. Noción de la enfermedad
3. Conciencia baja de la enfermedad
4. Conciencia de enfermedad
5. Alto nivel de conciencia de enfermedad

Obesidad

1. pobre conciencia de la enfermedad
2. Escasa conciencia de enfermedad
3. Noción de enfermedad
4. Conciencia baja de enfermedad
5. Conciencia de enfermedad
6. Alto nivel de conciencia enfermedad

PERCEPCION CORPORAL

1. Ausencia de Preocupacion
2. Preocupacion ocasional
3. Insatisfacoion corporal
4. Pensamiento angustioso negativo de la imagen corporal