

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“La autopercepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado nutricional de los alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. en la ciudad de Morelia Michoacán”

Autor: Thalía Schadai Servín Rodríguez

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciado en Nutrición**

**Nombre del asesor:
Marcela Elvira Viveros Sandoval**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





ESCUELA DE NUTRICIÓN

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios N° 2004444
de fecha 8 de noviembre de 2004

TESIS

La autopercepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado nutricional de los alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. en la ciudad de Morelia Michoacán

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN NUTRICIÓN

PRESENTA:
THALIA SCHADAI SERVIN RODRIGUEZ

Asesor de Tesis: M.A.I.S. Marcela Elvira Viveros Sandoval

Agradecimientos

Les quiero agradecer a mis padres por el cariño y apoyo moral que siempre he recibido de ustedes y con el cual he logrado culminar mi esfuerzo, terminando así mi carrera profesional, que es para mi la mejor de las herencias.

Agradezco a mi hermana por haberme acompañado durante mi vida q aprendí muchas cosas de ti siempre has estado cuando más te eh necesitado, siempre has sido y serás mi mayor ejemplo serás siempre mi compañero, mi amiga y mi hermano y ese lugar que tienes en mi vida nadie te quitara! te amo!

A mis tíos Tere y Luis por el término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento con quienes conté con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

Agradezco de todo corazón a Dios, porque a través de el me concedió la vida en este mundo, así como a mis abuelos, tíos, a mis maestros, compañeros y amigos a todas las personas que directa o indirectamente han tenido a bien ayudarme en forma moral y económica para mi formación como ser humano y profesional, en respuesta a esto.

Agradezco a mi asesora y directora a la Dra. Marcela Viveros por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. Por los consejos, el apoyo y el ánimo que me brindó. Por su atenta lectura de este trabajo y, por último, por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

Gracias

INDICE

	INTRODUCCION.....	1
I	JUSTIFICACION.....	4
II	PROPOSITOS Y ALCANCES DEL TRABAJO.....	5
III	RECURSOS Y ACCIONES.....	6
IV	UNIDAD DE ANALISIS.....	6
V	PROBLEMÁTICA DEL CASO Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	6
5.1	DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	6
5.2	PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	7
VI	MARCO TEORICO.....	7
6.1	ANTECEDENTES.....	7
6.2	CONCEPTOS DE LA IMAGEN CORPORAL.....	8
6.3	CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.....	11
6.4	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	11
6.5	IMAGEN CORPORAL Y SU RELACION CON CAR Y TCA.....	12
6.6	ROL DEL GÉNERO EN EL DESARROLLO DE CAR Y TCA.....	13
6.7	ANOREXIA Y BULIMIA.....	16
6.8	VIGOREXIA.....	24

6.8.1	ANTECEDENTES.....	24
6.8.2	DEFINICIONES.....	26
6.8.3	A QUIENES AFECTA.....	27
6.8.4	PERFIL DEFINIDO.....	27
6.8.5	CARACTERISTICAS DEL PERFIL DEFINIDO.....	28
6.8.6	MANIFESTACIONES CLINICAS.....	28
6.8.7	TRASTORNOS EN LA FORMA DE ALIMENTARSE.....	29
6.8.8	EL USO DE SUSTANCIAS ESTEROIDEAS.....	30
6.8.9	CONSECUENCIAS.....	30
6.8.9.1	CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS.....	31
6.8.9.2	CONSECUENCIAS BIOLOGICAS.....	31
6.8.9.3	CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES.....	32
6.8.10	CUANDO PONER ATENCION.....	32
6.8.11	TRATAMIENTO.....	33
VII	OBJETIVOS.....	34
7.1	OBJETIVO GENERAL.....	34
7.2	OBJETIVO ESPECIFICO.....	34
VIII	METODOLOGIA.....	35
8.1	TIPO DE CASO.....	35
8.2	DISEÑO.....	36
8.3	POBLACION Y MUESTRA.....	36
8.3.1	POBLACION.....	36
8.3.2	MUESTRA.....	36

8.3.3	TAMAÑO DE MUESTRA.....	36
8.3.4	CRITERIOS DE INCLUSION.....	36
8.3.5	CRITERIO DE EXCLUSION.....	36
8.3.6	VARIABLES.....	36
8.3.6.1	DEFINICION DE VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....	37
8.3.6.2	OPERACIÓN DE VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....	38
IX	HIPOTESIS.....	41
9.1	HIPOTESIS CORRELACIONAL BIVARIADA.....	41
X	INSTRUMENTO Y VALIDACION.....	41
10.1	RECOLECCION DE INFORMACION.....	42
XI	RESULTADOS.....	42
11.1	ESTADISTICA DESCRIPTIVA.....	42
11.2	COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON.....	47
XII	CONCLUSIONES.....	51

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los adolescentes manifiestan su afinidad hacia una determinada estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea; esto hace que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Una de las definiciones integradoras del concepto de imagen corporal (Raich, 2000) la define como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que se tiene 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 la persona hace y siente, y el modo de comportamiento derivado de las cogniciones y los sentimientos que se experimentan.

La imagen corporal se considera, en el ámbito de las investigaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, como una aproximación cualitativa al estado nutricional del individuo (Madrigal-Fritsch, De Irala-Estévez, Martínez-González, Kearney, Gibney, Martínez-Hernández, 1999); es la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes, el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual, la alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Thompson, 1990) y la alteración de la imagen corporal tiene una participación causal en los trastornos alimentarios (Attie, Brooks-Gunn, 1989) (Baile, Guillén, Garrido, 2002)

En un estudio realizado entre estudiantes universitarios se comprobó que la mayoría de las mujeres y todos los hombres de la muestra no presentaban una distorsión de la imagen corporal; sin embargo, una amplia mayoría de las mujeres y prácticamente la mitad de los hombres desearían pesar menos y ambos grupos manifestaron tener miedo a ganar peso, siendo en todos los casos estas preocupaciones mayores para las mujeres.

A mayor deseo de pesar menos mayor miedo a volverse gordo, mayor índice de masa corporal y mayor frecuencia de dietas. El seguimiento de dietas de adelgazamiento es la conducta alimentaria desajustada más frecuente, siendo ellas de nuevo las que recurren en mayor medida a esta conducta al compararlas con sus compañeros. Le siguen en orden de frecuencia los siguientes métodos de control de peso: ejercicio físico excesivo, el vómito y los laxantes (Lameiras, Calado, Rodríguez, Fernández, 2003).

En este mismo estudio se demostró que las diferencias entre sexos tienen que ver con la preocupación de la imagen corporal y el peso. Las mujeres muestran mayor impulso para adelgazar, mayor conciencia interoceptiva, mayor insatisfacción corporal y mayor ineficacia. Hombres y mujeres presentan un nivel equivalente de bulimia, desconfianza interpersonal, perfeccionismo y miedo a la madurez. A mayor impulso para adelgazar, mayor miedo a volverse gordo, mayor deseo de perder peso y mayor frecuencia de dietas; también a mayor insatisfacción corporal, mayor miedo a volverse gordo, mayor deseo de perder peso y mayor frecuencia de dietas.

Bruch (1962) fue la primera autora que propuso que la distorsión de la imagen corporal, evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Garner y Garfinkel (1981) y Hsu (1982) pusieron de manifiesto la inconsistencia en resultados derivados de diferentes estudios sobre los trastornos alimentarios, ya que dichos estudios ciertamente constatan la sobre-estimación en pacientes anoréxicas pero también revisaron estudios que comprobaban incluso sub-estimación del tamaño corporal en estas pacientes. Además este fenómeno se ha encontrado a su vez presente en la población normal que suele servir de control en estos mismos estudios. Tal ha sido la representatividad de este fenómeno entre la población normal, en concreto en adolescentes, que se ha señalado la existencia de una relación entre edad y sobre-estimación (a menor edad, mayor sobre-estimación).

Los trastornos de la conducta alimentaria están vinculados a una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, así como a la insatisfacción corporal. Se ha logrado confirmar que las alteraciones de la imagen corporal tienen una participación causal en el trastorno alimentario, en lugar de ser secundarias a él (Cruz, Maganto, 2002). Se considera que aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (Sepúlveda, León, Botella, 2004). Las alteraciones de la imagen corporal se caracterizan por una valoración cognitiva y actitudinal distorsionada en sentido negativo del propio cuerpo y constituye un factor decisivo en la motivación para realizar algún tipo de dieta restrictiva.

I JUSTIFICACIÓN

Durante la adolescencia se produce un incremento de la insatisfacción corporal (Gralen, Levine, Smolak, Murnen, 1990) (Richard, Casper, Larson, 1990) (Koff, Rierdan, 1991). Sentirse gordo/a es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de los trastornos alimentarios, aunque no es preciso un sobrepeso real. La consecuencia lógica de la preocupación por el peso es el establecimiento de métodos de control dentro de los que destaca el seguimiento de dietas. Cooper y Goodyer (1997) evaluaron la preocupación por el peso y la imagen corporal en mujeres de diferentes edades y concluyeron que a pesar de que las preocupaciones con la forma y el aspecto corporal se dan desde el inicio de la adolescencia, los comportamientos alimentarios desajustados se producen más tarde. La dieta es un importante factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (Wilson, 1993) que está asociada al control extremo de peso y a comportamientos insanos (French, Story, Downes, Resnick, Blum, 1995).

El “culto” (Bernárdez, De la Montaña, González Carnero, González Rodríguez, 2011) que rinde al cuerpo la sociedad es cada vez más importante y los mensajes socioculturales de una industria que sobrevalora la delgadez impactan en el comportamiento y pensamiento de la población, sobre todo joven, induciendo conductas de riesgo para el bienestar físico y psicológico. Tener una buena o mala imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conductas, y además, también en la forma en cómo nos respondan los demás (Baile, 2003). Por otra parte, se pone de manifiesto la relevancia que tienen actitudes y conductas asociadas a conseguir un “cuerpo socialmente deseable”, factores todos ellos que son comunes tanto a pacientes con trastornos alimentarios como en los adolescentes normales (Perpiñá C, Baños R.M., 1990).

Las distorsiones en la percepción de la imagen corporal constituyen una de las manifestaciones de los trastornos alimentarios. La imagen corporal fue descrita por Schilder (1935) como *“la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”*.

En este enunciado está implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con nuestra apariencia física real y resalta, por el contrario, la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo.

II PROPÓSITOS Y ALCANCES DEL TRABAJO

El propósito del presente trabajo es valorar la percepción de la imagen corporal de un grupo de estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán mediante el uso de modelos anatómicos, y comparar dicha percepción con los valores reales del índice de masa corporal (IMC).

El interés de los estudios sobre alteraciones en la percepción de la imagen corporal es cada vez mayor. Sin embargo, todavía no se han desarrollado suficientes métodos objetivos para su valoración. La modificación de los hábitos alimentarios para conseguir una imagen adecuada a la estética dominante constituye un problema de salud emergente en la sociedad. La gran presión social a la que se ven sometidos determinados estratos de la población, en particular mujeres, adolescentes y jóvenes, con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física como mental.

En los últimos años, numerosos estudios han sugerido la importancia de la alteración de la percepción de la imagen corporal como un síntoma precoz para la detección de trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia, la bulimia y la vigorexia (Montero, 2004), de allí que se desprenda la importancia de la detección oportuna para estar en condiciones de estructurar mecanismos preventivos a favor de los buenos hábitos de salud entre los adolescentes y jóvenes universitarios.

III RECURSOS Y ACCIONES

Para el desarrollo del presente trabajo se tuvo acceso a la matrícula inscrita en el primer semestre de la Escuela de Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán; asimismo se tuvo acceso al Consultorio de práctica clínica de la misma Escuela.

Además de lo anteriormente señalado se utilizaron los siguientes recursos:

- Recursos Financieros: propios del investigador.
- Recursos Humanos: Investigador, dos alumnos becarios voluntarios que apoyaron en la logística para las mediciones de peso y talla de los participantes en el trabajo.
- Recursos materiales: Estadímetro SECA 213 para medición de talla y báscula SECA 813 para toma de peso, equipo de cómputo, material de papelería.

IV UNIDAD DE ANÁLISIS

Alumnos inscritos en el primer semestre de la Escuela de Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán.

V PROBLEMÁTICA DEL CASO Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Descripción del problema

En las sociedades post-industriales modernas se ha impuesto un modelo estético de excesiva delgadez, que sueñan con alcanzar especialmente las mujeres, y de una alta definición muscular en el caso de los hombres. 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 y la vigorexia (Killen, 1996).

5.2 Preguntas de investigación

¿Los estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán tienen una percepción adecuada de su imagen corporal?

¿Corresponde la imagen corporal percibida por parte de los estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán con su Índice de masa corporal?

¿Es factible predecir la posibilidad de desarrollo de Conductas Alimentarias de Riesgo entre los estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán?

VI MARCO TEÓRICO

6.1 Antecedentes

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

Fisher (1990) indica que Bonnier en 1905 acuñó 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 estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”.

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.

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.

6.2 Conceptos de la 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, la nutrición 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; 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.

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.

Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

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

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué 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.

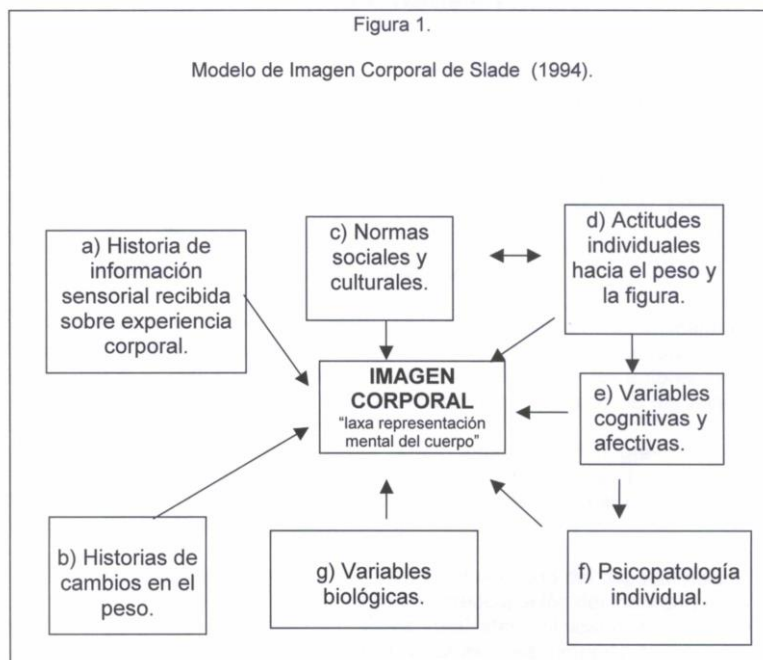
4.- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

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 corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Thompson (1990) 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 (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: “ *la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo*” Este autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal, en la siguiente figura puede verse una adaptación del mismo.



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)

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, 1996)

Aunque la definición de los autores españoles puede ser aceptada en nuestro entorno, se concluye 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).

6.3 Conductas alimentarias de riesgo

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se definen como aquellos comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV (Unikel, 2004).

6.4 Trastornos de la conducta alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se definen como desviaciones en los hábitos alimentarios con características muy específicas (American Psychiatric Association. 1994 DSM-IV-TR) (American Dietetic Association. 2006).

Se clasifican de acuerdo al cumplimiento de criterios de diagnóstico en relación a las conductas que presentan los sujetos y las consecuencias que producen a nivel físico, emocional y/o social (Casanueva E, Morales, 2001).

6.5 Imagen corporal y su relación con CAR y TCA

Los estudios longitudinales realizados con respecto a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) sugieren que en la población general ocurre una progresión en el grado de patología alimentaria, de tal forma que quienes realizan dietas para bajar de peso, en ocasiones pueden convertirse en “dietistas patológicos” y desarrollar un síndrome parcial o completo. La teoría del continuo señala que la mayoría de las personas que llevan a cabo dietas, desarrollan una patología severa, por lo que es importante la detección temprana debido a que se desconoce cuáles individuos la desarrollarán (Shisslak CM, Crago M, Estes LS, Polivy J, Herman P, 1995).

La Encuesta Nacional de Nutrición 2006 (Barriguete JA, Unikel C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JA, Shamah R, Rivera-Domarco J, Hernández-Ávila M, 2008) realizada con 25,166 adolescentes entre 10 y 19 años de zonas urbanas y rurales, reportó una prevalencia nacional de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) de 0.7%, el porcentaje de preocupación por engordar alcanzó 7% en varones y hasta 26% en mujeres; la práctica de atracones fue de 9% en hombres y 12% en mujeres; la práctica de ejercicio excesivo en los hombres alcanzó 2.4%, mientras que en las mujeres se registraron porcentajes hasta de 7% en práctica de ayunos, 2.5% de dietas y ejercicio excesivo y 1% de uso de diuréticos con la intención de bajar de peso. Los mayores porcentajes de preocupación por engordar, atracones y ejercicio excesivo, se encontraron en las regiones norte y centro-occidente del país.

Las proporciones de CAR y los posibles casos de TCA varían considerablemente. Los porcentajes encontrados en mujeres varían entre 3% en estudiantes de secundaria (Hunot CME, 1999), 14% en estudiantes de preparatoria (Vázquez M, 2006), 8% (Ocampo NY, 2008) y 16% en licenciatura (Vázquez M, 2006).

En hombres los porcentajes fluctúan entre 0.2% en estudiantes de secundaria (Hunot CME, 1999) y 7% en estudiantes de preparatoria (Ocampo NY, 2008).

Los modelos explicativos sobre la etiología de los TCA han llegado a la conclusión que se trata de patologías de origen multicausal, en la que se involucran factores de orden sociocultural, familiar, biológico e individual (Garfinkel PE, Garner DM, 1982). Los investigadores en el área han identificado algunos de estos factores como precursores de los mismos, como la autoestima y el afecto negativo (depresión y ansiedad); mientras que otros factores correlaciones de manera importante y juegan el papel de detonadores de la enfermedad, como los estresores ambientales, o algunas características de la personalidad como el estilo de pensamiento, el locus de control o la impulsividad. (Polivy J, German P, 2002)

Si bien existe una larga trayectoria en el estudio de la dinámica familiar en los trastornos alimentarios, más recientemente se ha estudiado la influencia de los comentarios críticos sobre la apariencia física; (Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Muler S, 2001) en particular, algunas prácticas de crianza como el control y la crítica del padre, o la exigencia de la madre, que se estima incrementan el riesgo de CAR, mientras que el afecto materno funge como un factor protector. (Vázquez M, 2006) (Unikel C, Aguilar J, Gómez-Peresmitré G, 2005)

Asimismo, se ha encontrado que las personas que presentan CAR suelen tener dificultad en las relaciones interpersonales y tienden a aislarse o a establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo. (Dare C, Crowther C, 1995).

6.6 Rol del género en el desarrollo de CAR y TCA

El género ha sido reportado en algunos estudios como un factor de riesgo para desarrollar CAR y TCA. Steiner-Adair (1990) sugiere que cuando se alcanza la adolescencia, se atraviesan por procesos diferentes.

Los hombres adquieren musculatura, estatura, voz grave y la incursión en espacios extra-familiares como el trabajo, que son características asociadas al poder, eficacia y autoridad, que van acorde con lo esperado socialmente para ellos mientras que las expectativas en las mujeres son la asertividad, la independencia y el autocontrol, características que no van de acuerdo con el incremento en la cantidad de grasa corporal, ya que es símbolo de ineficacia, falta de poder y falta de control. Una mujer que tiene control sobre su vida, pero que es obesa, pensará que esta característica contradice su eficacia y su control y la conducirá a tener la creencia que la presencia de sobrepeso hace evidente sus posibles fallas ante los demás. (Striegel-Moore RH, Cachelin FM, 2001)

Un aspecto fundamental del estereotipo femenino es la preocupación por la apariencia física y la realización de esfuerzos para alcanzar y preservar la belleza. Las mujeres físicamente atractivas son percibidas como más femeninas y dado que es el ideal estético actual, no es de sorprender que las mujeres delgadas sean catalogadas como tales. Se ha reportado que las mujeres adaptan su forma de comer para proyectar una imagen favorable de sí mismas y se estima que en la medida en que una mujer se define a sí misma más en función de su apariencia física y de sus relaciones con los otros, se encontrará más vulnerable de desarrollar un trastorno alimentario. (Striegel-Moore R, 1993)

Existe diferencia de comportamientos entre hombres y mujeres con respecto al desarrollo de CAR y TCA, sin embargo, los factores comunes en ambos son la presencia de una variable relacionada con los síntomas afectivos (síntomas depresivos/ideación suicida/impulsividad), que parecen fungir como un factor predisponente del trastorno, y la presencia de una variable relacionada con los aspectos socioculturales como el estrés cotidiano, que podría ser tanto un factor predisponente, como un factor precipitante de la enfermedad.

A estos puntos se les debe poner especial atención en la prevención, dado que tienen un efecto de vulnerabilidad en el adolescente en cuanto que inducen o exacerban el sentido de fracaso que lesiona la autoestima, provocan la sensación de pérdida de control y la necesidad de recuperarlo a través del uso de prácticas alimentarias de riesgo que resultan exitosas, en cuanto a que derivan en la baja de peso corporal, lo que trae como consecuencia una sensación de logro, y por lo tanto, la necesidad de continuar con dichas prácticas, lo que finalmente desemboca en un espiral sin control o en la configuración del trastorno alimentario como tal. (Lask B, 2000)

El estudio de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos de la conducta alimentaria han sido típicamente un tema de estudio en mujeres; sin embargo, la literatura en años recientes ha documentado que también tienen presencia en los varones desde edades tempranas, tanto en otras culturas (Ricciardelli LA, McCabe MP, Xilliams RJ, Thompson JK, 2007) como en la nuestra (Vázquez AR, López AX, Álvarez RLG, Mancilla JM, Oliva RA, 2006) (Gómez-Peresmitré G, Granados A, Jáuregui J, Tafoya S, Unikel C, 2000). Si bien, los porcentajes reportados en varones son menores a los que se encuentran en mujeres, como anteriormente se ha señalado, es importante estudiar el comportamiento específico de los hombres que los lleva a presentar insatisfacción con su imagen corporal y a iniciar la práctica de conductas alimentarias de riesgo, particularmente el cómo afecta a los varones el ideal de belleza, pretendiendo que alcancen una figura corporal esbelta, pero musculosa y el significado social que representa esa apariencia, que está relacionada con un rol de género determinado y un estatus social que es promovido por los medios de comunicación y que es reproducido por la familia y por las instituciones.

Bordo (1999) señala que en la medida en que la mujer se ha vuelto independiente y ha procurado sus propios recursos económicos, el hombre ha dejado de ser el principal proveedor y se ha vuelto un recurso más para sí mismo que requiere poseer determinadas características, como el ser atractivo para ser valorado por otro tipo de aspectos.

Además de que recientemente la industria de la belleza ha incluido a los hombres y ahora los han vuelto un mercado explotable, por lo que es probable que la prevalencia de las CAR y de los TCA se incrementen en este grupo.

6.7 Anorexia y bulimia

La anorexia es el más antiguo de los trastornos de la conducta alimentaria. Las primeras descripciones datan del siglo XIV.

Aunque la palabra *anorexia* significa etimológicamente falta de apetito; en la clínica no se evidencia tal pérdida de apetito hasta luego de haberse instalado fuertemente la enfermedad. Por el contrario lo que se observa es una tenaz oposición a la ingesta de alimentos. Lo que se privilegia en las pacientes anoréxicas de los últimos años es la distorsión de la imagen corporal.

En las primeras descripciones clínicas no se reseña dicha distorsión, de manera tal que esta distorsión parece ser un síntoma actual y probablemente su importancia se relaciona con las características descritas anteriormente de la cultura postmoderna, en la cual la imagen determina la existencia. Las imágenes de la televisión, de los modelos publicitarias, de los blogs, aportan el goce a la anoréxica que es mirada por Otro social. (Vega, 2011)

La Bulimia Nerviosa es definida recién en 1979, cuando Russell publica la primera descripción clínica de la enfermedad. En 1980 a través del DSMIII-R, la bulimia cobra un jerarquía científica internacional y describe un cuadro patológico caracterizado por la alternancia de períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas; seguidos por conductas compensatorias inapropiadas para anular la ganancia de peso (ejercicio físico intenso, ayunos, purgas). El patrón común en la bulimia nerviosa es la sensación de descontrol. Este descontrol (recordemos nuevamente el desborde pulsional propio de la adolescencia) es un concepto subjetivo que determina claramente el atracón. En el atracón el objeto alimentario no es objeto de necesidad (no es alimento) ni de placer, sino de goce. (Vega, 2011)

Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) según el DSM IV TR (2009):

❖ “F50.0 Anorexia nerviosa (307.1) [Criterios CIE-10]”.

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

❖ F50.2 Bulimia nerviosa (307.51)[Criterios CIE-10]

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.”

En la anorexia nerviosa existe un afán obsesivo por bajar de peso, y en la medida de que esta conducta sea exitosa, no es vista como problemática. Los pacientes tienden a observar su pérdida de peso como un logro, más que por una aflicción, por lo que tienen una motivación limitada al cambio. Al inicio de la enfermedad, los pacientes tienen muy poca conciencia de esta, y en muchos casos la familia tampoco reconoce los síntomas. La pérdida de peso es el resultado de una restricción muy fuerte de la ingestión de alimento. Otras conductas que contribuyen a la disminución de peso son el ejercicio excesivo y, en algunos individuos, también conductas extremas como el control de peso, como el vomito autoinducido y el abuso de laxantes y diuréticos.

Con base en el despliegue de estas conductas se identifican dos tipos de anorexia nerviosa, según el DSM-IV. La anorexia de tipo restrictivo, en la cual los pacientes no se involucran en episodios de ingestión compulsiva de alimentos o en la práctica de conductas compensatorias purgativas, y la anorexia tipo compulsivo / purgativo, en la cual los pacientes se involucran en episodios de ingestión voraz o en prácticas purgativas para el control de peso.

Los pacientes pueden alternar entre los dos tipos de anorexia en diferentes etapas de la enfermedad; además, los del tipo compulsivo / purgativo pueden alternar entre las modalidades en las que se dan atracones y recurren a métodos de purga, y aquellas que utilizan métodos de purga pero que no se dan atracones de tipo objetivo. Algunos pacientes de este último subgrupo manifiestan conductas suicidas o lesiones autoinfligidas deliberadamente.

La anorexia nerviosa se presenta por lo general acompañada de otros síntomas psiquiátricos y de conducta, como son aislamiento, depresión, ansiedad, conducta obsesiva, irritabilidad, labilidad afectiva, problemas de concentración, tendencia al perfeccionismo, estilos rígidos de pensamiento y desinterés sexual. Con frecuencia estos síntomas empeoran en la medida en la que hay pérdida de peso y se reducen con ganancia de este.

El cuadro clínico de la anorexia nerviosa se caracteriza por peso bajo o muy bajo (IMC menor a 17.6) amenorrea, hipertensión, bradicardia (pulso anormal lento) cabello reseco, hipotermia, lanugo (presencia de vello muy fino en todo el cuerpo) acrocianosis (coloración azulosa de manos y pies) atrofia de los pechos, inflamación de las glándulas parótidas y sublinguales, y como consecuencia de los frecuentes vómitos autoinducidos, pérdida de la dentina y escoriaciones del dorso de la mano. En algunos casos es posible documentar alteraciones electrocardiográficas debido a la falta de electrolitos que se pierden por el vomito o por el uso frecuente de laxantes. Algunas de las características asociadas con la anorexia nerviosa son consecuencias de la desnutrición o inanición o mecanismos de adaptación de esta conducta; así por ejemplo, se supone que el lanugo facilita la regulación de la temperatura corporal cuando el gasto energético basal (GEB) es disminuido. En los varones, el bajo peso está asociado con hipogonadismo, y con una disminución en la concentración de testosterona.

Entre las determinaciones de laboratorio se suele encontrar hipoglucemia, hiponatremia, anemia, leucopenia y neutropenia, y como resultado de la reducción en la cantidad de grasa corporal también se presenta disminución en la concentración de leptina.

El manejo clínico de este trastorno debe incluirse tres aspectos básicos. En primera instancia es imprescindible ayudar a los pacientes a reconocer que tienen necesidad de recibir ayuda y de mantener su motivación a partir de ese momento. Este objetivo es crucial dada la resistencia al cambio que suele privar entre estos jóvenes. El segundo objetivo es alcanzar, mediante una alimentación adecuada, un peso corporal saludable que permite el crecimiento y el desarrollo correspondientes, a la vez que evite manifestaciones carenciales. El aumento de peso se puede lograr a través de un manejo ambulatorio u hospitalario. Los indicadores para elegir el manejo hospitalario son: riesgo de suicidio, problemas interpersonales graves en casa, falla de métodos menos intensivos, muy bajo peso, pérdida de peso muy rápida, y presencia de complicaciones médicas, como edema pronunciado, desequilibrio electrolítico grave, hipoglucemia o infecciones intercurrentes.

El tercer objetivo por alcanzar es el manejo de sobrevaloración y el peso corporal del paciente, los hábitos de alimentación y el funcionamiento psicológico general.

En resumen, cuando se sospeche que existe anorexia nerviosa se deben aplicar medidas tempranas de detección y de tratamiento con el fin de evitar las complicaciones que ocasiona la disminución progresiva de peso. Estas medidas preventivas- es necesario tenerlo presente – siempre debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario de salud que incluya médicos, psicólogos y nutriólogos. (Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Perez-Lizaur AB, Arroyo P. 2008).

La bulimia nerviosa, condición que el DSM-IV define como: episodios recurrentes de ingestión voraz (consumo rápido de una gran cantidad de alimento en un corto periodo) que termina en un dolor abdominal, sueño o vomito; empeño de la persona en perder peso, que la conduce a provocarse vomito, uso de laxantes, o diuréticos episodios de dieta estricta o ayuno y ejercicio excesivo; presencia de dos episodios de ingestión voraz por semana en los últimos tres meses; preocupación persistente por su figura y peso corporal.

La mayoría de los pacientes con bulimia sufren malestar, debido a la pérdida de control de su forma de comer y se avergüenza por hacerlo así, lo que les facilita la búsqueda de tratamiento, aunque pueden pasar algunos años antes de que decidan atenderse. los síntomas de depresión y ansiedad con frecuencia son importantes y hay un subgrupo –al igual que los casos de anorexia de tipo compulsivo/purgativo- en el cual los sujetos consumen ciertas sustancias dañinas y se lesionan de manera deliberada.

Para algunos autores, la bulimia nerviosa está relacionada con alteraciones depresivas mayores y con trastornos limítrofes de la personalidad, aunque se ve mas claramente asociada con la anorexia nerviosa, en una relación que permite suponer que son dos expresiones de una sola alteración psiquiátrica.

Una cuarta parte de los casos de bulimia cumple con los criterios de anorexia nerviosa en un inicio; incluso el haber padecido este último trastorno a sido citado como un factor de riesgo para la bulimia nerviosa. Diversos estudios han demostrado que hay mayores tasas tanto de anorexia nerviosa como de bulimia nerviosa en una misma familia, lo que sugiere que existe una viabilidad ambiental o genética aunque se han ido identificando predictores de la enfermedad, la obesidad infantil, la baja autoestima y los trastornos de la personalidad se han asociado con un peor pronóstico. Asimismo, los pacientes con bulimia nerviosa refieren que sus familiares les han expresado comentarios negativos relacionados con su peso, figura corporal y forma de comer.

De igual manera, como ocurre en la anorexia nerviosa, alcanzar la delgadez constituye un aspecto psicológico importante para los individuos con bulimia nerviosa, y las conductas orientadas con la pérdida de peso son utilizadas desde un inicio en el padecimiento. Se experimenta gran satisfacción por el hecho de poder comer sin subir de peso; sin embargo, a medida que progresa la enfermedad, disminuye la percepción sobre el control en la forma de comer, entonces, las conductas alimentarias inapropiadas y la restricción energética estimulan el hambre y conducen hacia los atracones, de tal forma que se desarrolla un círculo vicioso y, por lo general se incrementa el peso corporal. Casi siempre los atracones son precedidos por sentimientos de tristeza, rechazo, ansiedad, o frustración, que se convierten en conductas aprendidas a estados de ánimo desagradables.

Aunque los pacientes con bulimia nerviosa parecen estar dentro de los parámetros de un peso saludable, pueden presentar correlatos biológicos y psicológicos de la semiinanicion-tales como depresión, irritabilidad e ideas obsesivas, y estar por debajo de un peso “normal” e incluso sobrepeso de acuerdo con los estándares aceptados por la población. Las complicaciones físicas más serias de la bulimia nerviosa ocurren en pacientes con patrones crónicos y graves de atracones y purgas, y son más preocupantes en aquellos con peso corporal bajo.

En la bulimia nerviosa se pueden presentar valores bioquímicos inadecuados, como hipocaliemia, alcalosis hipocloremica, elevaciones moderadas de la amilasa sérica, hipomagnesemia, e hipofosfatemia, en especial en los pacientes que abusan del consumo de laxantes.

El curso de la bulimia es muy variable; puede ser que se presente en algún momento de la vida y se logre la recuperación total, que aparezca en forma intermitente, sobre todo en situaciones de stress o que esté presente por largos periodos de manera constante. Las medidas que se tomen ante los primeros signos tendrán mejores resultados; de ahí la necesidad de conocer a fondo este padecimiento para identificarlo en sus etapas iniciales.

A pesar de la eficacia de los tratamientos, cerca de 30 % de los pacientes sufre recaídas, aproximadamente 20% cumple con el criterio diagnóstico completo y el 50% alcanza la recuperación total después de 5 a 10 años de iniciado el tratamiento.

Existen dos estrategias para el tratamiento. La primera es la terapia conductual cognoscitiva, que ha mostrado ser efectiva y comprende el conocimiento acerca de la bulimia (que es y que la ocasiona) y de la función que desempeña en la vida del paciente (con respecto tanto a costos como a beneficios), la toma de conciencia acerca de los síntomas del trastorno, la identificación de las circunstancias que los precipitan y sus consecuencias emocionales; el aprendizaje sobre la forma normal de comer (hacerlo por lo menos tres veces al día) y las estrategias para prevenir los atracones.

La adquisición de herramientas para disminuir otros síntomas del trastorno, como vomito autoinducido, abuso de laxantes y ejercicio excesivo; la identificación de pensamientos relacionados con el trastorno alimentario; el conocimiento de estrategias para disminuir la insatisfacción con la figura y el peso corporales, así como para elevar la autoestima y abordar algunos de los aspectos subyacentes al trastorno y, finalmente, el aprendizaje de los mecanismos para mantener los logros obtenidos.

El segundo tratamiento recomendable es la terapia antidepresiva. Múltiples estudios han demostrado la eficacia de los antidepresivos para reducir la frecuencia de los atracones. Los antidepresivos son útiles incluso con los pacientes con bulimia que no padecen depresión, y la dosis recomendada para los pacientes con bulimia nerviosa es mayor que la utilizada típicamente para tratar la depresión. En ocasiones los sujetos no responden de forma adecuada a la terapia cognitivo-conductual, el tratamiento farmacológico o a la combinación de ambos, por lo que se recomienda un tratamiento más intensivo y para ello puede requerirse la hospitalización.

Las medidas preventivas o terapéuticas requieren de la participación de la familia completa y del equipo interdisciplinario de salud (médico, nutriólogo y psicólogo) a partir de una estrategia donde se busque mejorar la salud física, reducir los síntomas, incrementar la autoestima y lograr un mejor desarrollo personal y social del paciente. Los bulímicos muestran mejor motivación al tratamiento que los anoréxicos pero tienen muy baja tolerancia a la frustración y a la intervención médica cuando no ven resultados rápidos. (Casanueva E y cols.,2008)

6.8 Vigorexia

6.8.1 Antecedentes

En 1993, el psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope acuñó el término vigorexia, conocido como una obsesión por poseer un cuerpo musculoso, al explorar los efectos secundarios del abuso de esteroides anabolizantes en personas que utilizaban gimnasios, que ciertos culturistas con largas historias de consumo de hormonas esteroides, llegaban a mostrar comportamientos psicóticos. En estos trabajos se dieron cuenta de que otro trastorno, relacionado con la imagen corporal, estaba afectando a ciertos culturistas.

Este nuevo trastorno se refería a un deseo de ganar masa magra, no grasa, y una alteración de la imagen corporal, por la cual se veían pequeños y débiles cuando realmente eran grandes y musculosos.

Los sujetos afectados tenían pensamientos obsesivos sobre su cuerpo y realizaban una práctica de ejercicio físico compulsiva para agrandarlo. Su vida psicológica y social se veía afectada porque preferían estar todo el tiempo en el gimnasio o evitaban situaciones donde los demás pudieran ver lo poco musculosos que estaban. Además la dieta era muy estricta y la suplementaban con sustancias proteicas coloquialmente conocidas como “quemasa grasas” u hormonas anabolizantes.

En un principio esta sintomatología parecía contraria a la de la anorexia nerviosa, de ahí que la llamaran, anorexia inversa (reverse anorexia), también se le conoce como “Complejo de Adonis”. Al no parecer tanto un trastorno del comportamiento alimentario como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, sino más bien un trastorno somatomorfo, se han sugerido también términos como dismorfia muscular o vigorexia.

La asociación de psicólogos Madrid (PSICOACT) menciona que los pacientes que padecen vigorexia persiguen un cuerpo musculado, para ello, dedican su tiempo libre al ejercicio físico anaeróbico (de gimnasio), utilizan fármacos y hormonas y reducen la variedad alimentaria, normalmente empleando dietas ricas en proteínas.

Quien padece vigorexia pasa la mayor parte del tiempo pensando y actuando para mantener la forma física y la musculatura máxima, comprueba su peso y medidas, se mira en el espejo reiteradamente; de esta manera, se ve deteriorada su calidad de vida, sus relaciones sociales y familiares e incluso su rendimiento académico o laboral.

Este sobredimensionado culto al cuerpo se manifiesta por una excesiva práctica del deporte provocada por una obsesiva preocupación por el aspecto físico, siendo una de sus metas la obtención de una mayor masa muscular. Es indudable que factores socioculturales como el gusto de ciertos estereotipos de belleza y la apariencia física son decisivos en el desarrollo de la vigorexia. Así, además del ejercicio, también las personas con este padecimiento modifican su alimentación, supeditándola a la consecución de sus fines.

Todo ello les lleva a suprimir las grasas de la alimentación y a consumir proteínas e hidratos de carbono en exceso, con consecuencias negativas para la salud.

Existen serias sospechas sobre la presencia de una causa orgánica, en concreto, producción reducida de ciertas sustancias utilizadas por las redes neuronales para comunicarse entre sí (neurotransmisores), tal como se ha comprobado que ocurre con la serotonina (juega importante papel en la regulación del humor, enojo, agresividad, temperatura corporal, sueño, sexualidad y apetito) y norepinefrina (en cantidad reducida produce depresión y disminución de la motivación) en pacientes con bulimia y anorexia.

6.8.2 Definiciones

No existe una sola definición para esta entidad patológica, en un intento por acercarse a la mejor definición, se pueden mencionar algunas de las características de este fenómeno. Cabe señalar que a pesar de que algunos especialistas hablan ya de la vigorexia como un problema con síntomas y abordaje médico determinados, el concepto todavía no ha sido aceptado por toda la comunidad médica internacional.

La vigorexia es la excesiva práctica del deporte debido a una obsesiva preocupación por el aspecto físico. La preocupación excesiva por la figura acompaña a una distorsión del esquema corporal. Los pacientes se perciben enclenques, sin musculatura, flácidos e intentan corregirlo mediante la práctica deportiva sin límites, sin tener en cuenta los riesgos que conlleva la realización de sobreesfuerzos musculares. No sólo los pacientes presentan obsesión por el ejercicio sino también por la forma de alimentación, así se alimentan casi exclusivamente con hidratos de carbono y proteínas, eliminando las grasas de su dieta con el fin de obtener más masa muscular. (Carlos Martell, 2006)

La vigorexia es la obsesión patológica por un cuerpo perfecto y musculado. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por su cuerpo, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida.

Podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de acudir al gimnasio y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de entrenar o muscular su cuerpo.

La vigorexia es un trastorno mental no estrictamente alimentario, que se conoce también como complejo de Adonis. Se calcula que en España pueden existir unos 700.000 afectados; sin embargo, aún no se ha etiquetado como enfermedad. Las personas que padecen vigorexia tienen tal obsesión por verse musculosas que constantemente se miran al espejo y nunca están satisfechas.

6.8.3 A quienes afecta:

La vigorexia afecta mayoritariamente a hombres, aunque también puede darse en mujeres. La práctica de deporte moderado resulta muy saludable para nuestro organismo. Sin embargo, los afectados por la vigorexia muestran una preocupación excesiva por su aspecto físico que conlleva que la musculación a través de una actividad física pase de ser un objetivo saludable a un desorden emocional elevado a la categoría de obsesión. Esta ansia por adquirir a toda costa una apariencia atlética puede llevar al consumo de sustancias perjudiciales para el organismo. Las consecuencias de este trastorno tienen su reflejo en la salud y en la conducta social de quienes lo padecen.

En ocasiones quienes sufren de vigorexia también recurren a una práctica más peligrosa para la salud, como es el dopaje para obtener un incremento de la masa muscular y disminuir la fatiga.

6.8.4 Perfil definido

La persona con vigorexia posee una personalidad característica, similar a la de quien sufre alguna adicción o trastorno que altera la autopercepción, como sucede con anorexia (pérdida de peso por dejar de comer) o bulimia (episodios repetidos de excesivo consumo de alimentos seguidos de vómito o uso de laxantes).

6.8.5 Características del perfil definido:

- Obsesión por ejercitarse y tener un cuerpo musculoso.
- Percepción distorsionada de la imagen corporal, que lleva a la persona a pensar que su aspecto es débil.
- Realización de prácticas deportivas sin importar las condiciones climáticas o posibles enfermedades.
- Sentimiento de enfado o culpa cuando no se tiene la posibilidad de ejercitarse o se reciben críticas por realizar dicha actividad con tanta obsesión.
- Abandono de la convivencia familiar, social o laboral.
- Baja autoestima.
- Carácter introvertido.
- Tendencia a la automedicación.
- Fijación por el peso y medidas corporales.
- Conversación que se centra en temas como apariencia física, aumento de musculatura y rutinas de ejercicio exhaustivas.
- Dieta alta en proteínas y/o uso de esteroides anabólicos (derivados sintéticos de hormonas sexuales masculinas que provocan el desarrollo muscular y de los caracteres sexuales masculinos, entre otros efectos).

6.8.6 Manifestaciones clínicas

Para Baile (2005), las manifestaciones clínicas más importantes de la vigorexia son:

- Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- Incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculoso, que deriva en insatisfacción corporal.
- Permanente autoobservación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos.
- Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto.
- Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad.

- Ansiedad o depresión por sus sentimientos negativos hacia su cuerpo.
- Autoestima afectada.
- Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, evitar sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales.
- Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar el tamaño corporal.
- Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado del cuerpo, el entrenamiento y/o la dieta.
- A veces consumo de sustancias peligrosas para el desarrollo muscular (el consumo de hormonas es siete veces mas usual entre personas con vigorexia que entre culturistas no vigoréticos). Excesivo control de la dieta.
- Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos alimenticios.
- La anorexia, bulimia y vigorexia comparten una alteración de la imagen corporal, en los tres trastornos los afectados no ven el tamaño y la forma de su cuerpo tal y como es.

6.8.7 Trastornos en la forma de alimentarse

Hay casos de vigorexia en los que la alimentación es extrema en cantidad y reducida en variedad (dieta basada en consumo de proteínas y nada de grasa), pero no ha sido comprobado de forma sistemática que los sujetos con vigorexia tengan una conducta alimentaria patológica, y en el presente trabajo no se encontró ningún autor que haya propuesto este aspecto como criterio definitorio.

Estos trastornos de alimentación vienen acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades laborales, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia, como con posibles parejas, incluso autolesiones o ideas suicidas.

6.8.8 El uso de sustancias esteroideas

Una de las tendencias que se observa en los sujetos vigoréticos, frente a los culturistas no vigoréticos, es su necesidad de incrementar su masa muscular, por lo que son proclives al consumo de hormonas esteroideas.

Los productos dopantes más utilizados son los anabolizantes, derivados sintéticos de la testosterona (hormona sexual masculina). Son sustancias que pueden provocar efectos adversos: problemas de impotencia, crecimiento desproporcionado de las glándulas mamarias, acné, caída del cabello, depresión, euforia, irritabilidad... y, en los casos más extremos, problemas de corazón y de hígado.

Finalmente, el uso de anabólicos produce múltiples trastornos en el funcionamiento corporal, pues propicia la aparición de cáncer cerebral, enfermedades cardíacas y desórdenes del hígado, además de que desencadena disfunción eréctil, problemas de fertilidad y cáncer de próstata en hombres, mientras que en mujeres genera masculinización (voz grave, crecimiento de vello facial, cese de la menstruación y reducción de los senos).

6.8.9 Consecuencias

Según Carlos Martell (2006) numerosos problemas orgánicos y lesiones pueden aparecer cuando la práctica deportiva es excesiva. Las desproporciones entre las partes corporales son muy frecuentes, por ejemplo, un cuerpo muy voluminoso con respecto a la cabeza. La sobrecarga de peso en el gimnasio repercute negativamente en los huesos, tendones, músculos y las articulaciones, sobre todo de los miembros inferiores, con desgarros y esguinces. La alimentación es otro problema muy frecuente e importante, ya que consumen muchas proteínas e hidratos de carbono y poca cantidad de grasa en un intento de favorecer el aumento de la masa muscular lo cual les ocasiona muchos trastornos metabólicos.

El uso de anabólicos es también otra consecuencia que se asocia a la vigorexia, en un intento de mejorar el rendimiento físico e incrementar el volumen de sus músculos. Con el uso de estas sustancias no se obtiene ningún beneficio, sino todo lo contrario, ya que producen muchos trastornos en el organismo como masculinización e irregularidades del ciclo menstrual en las mujeres, acné, problemas cardíacos, atrofia testicular, disminución de la formación de espermatozoides y retención de líquidos, entre otros.

Principales consecuencias de la vigorexia según Martell (2006):

6.8.9.1 *Consecuencias psicológicas*

- Depresión y/o ansiedad
- Deterioro de las relaciones sociales
- Afectación en el trabajo y/o estudio

6.8.9.2 *Consecuencias biológicas*

- La práctica deportiva excesiva da lugar a lesiones de diversa magnitud, pues la sobrecarga de peso y sobre-entrenamiento repercuten negativamente en huesos, músculos y articulaciones de piernas y brazos, principalmente.
- La imagen distorsionada que el paciente tiene de sí mismo suele generar desproporción notable entre los diferentes grupos musculares, pues la persona lleva a cabo su entrenamiento según lo cree conveniente. Es muy frecuente observar un cuerpo muy voluminoso con respecto a la cabeza, o brazos y espalda muy ejercitados, a la vez que piernas y abdomen relativamente débiles.
- Un problema relacionado con la alimentación es que la persona con vigorexia suele consumir proteínas en exceso. Esto, a mediano y largo plazos, genera daño en riñones, aumento de colesterol, complicaciones cardíacas y gota (inflamación de las articulaciones por acumulación de ácido úrico).
- Cambios metabólicos que repercuten sobre el hígado y el aparato cardiovascular que aumentan los niveles de colesterol.

- Depresión del centro respiratorio.
- Disfunción eréctil, hipertrofia prostática, hipogonadismo y ginecomastia.
- Amenorrea, ciclos anovulatorios.

6.8.9.3 *Consecuencias socioculturales*

- Problemas en las relaciones interpersonales.
- Aislamiento.
- Enajenación.

6.8.10 Quando poner atención

Pasar de rutinas normales a ejercicios excesivos, cambios en la dieta alimenticia, suplementación proteica y de carbohidratos o no respetar los tiempos de pausa dentro de la actividad física son algunos de las características que denotan el padecer un trastorno psicológico de este tipo.

En el momento de hacer actividad física no regulan los tiempos de pausas, utilizan muchos métodos de entrenamiento, dependiendo del requerimiento que según ellos no están siendo un aporte a su condición física o desarrollo muscular. Son los típicos individuos que se encuentran en los gimnasios y que utilizan cargas de entrenamiento muy elevadas y hasta descontroladas, no teniendo en cuenta un factor que es negativo para el desarrollo del deportista, el sobreentrenamiento.

Desde el punto vista físico se puede encontrar: el aumento de manera exagerada de su musculatura, la cantidad de tiempo que utiliza para realizar actividad física, los horarios de entrenamiento, a veces ilógicos, los cambios en la alimentación, cambio de humor, la obsesión por su cuerpo, tienden a aislarse, tanto en su lugar de entrenamiento como de su entorno social” explicó el Venegas.

Por otra parte, el aspecto social también se altera con esta enfermedad. Se debe poner atención cuando las prácticas deportivas intervengan de manera negativa en la vida de la persona.

Una vez detectada y reconocida la vigorexia la comunicación entre el enfermo y su entorno es fundamental. Al ser un trastorno psicológico el apoyo por parte de quienes rodean al deportista que tiene esta enfermedad es importantísimo para demostrarle la realidad, según aseguró el profesional, como también señalarles que el hacer deporte es muy bueno, pero siempre bajo control profesional competente para realizar ejercicio.

6.8.11 Tratamiento

Ante estos trastornos, la prevención es la mejor solución. A pesar de la sospecha de que la vigorexia se relaciona con trastornos orgánicos, las observaciones realizadas hasta ahora señalan que los principales factores desencadenantes son ciertos elementos de tipo cultural, social y educativo a los que el paciente se expone continuamente. Por ello, el tratamiento se enfoca a modificar su conducta y opinión sobre su cuerpo.

Fundamentalmente el tratamiento debe ser del tipo psicológico, ya que se debe intentar modificar la conducta de la persona afectada, su autoestima y su pánico a un posible fracaso.

El entorno afectivo, formado por amigos y familiares, cumple importante función en la recuperación de la persona afectada, de modo que es de gran utilidad brindarle apoyo para que sustituya su programa de ejercicio por rutinas razonables. En contraparte, es necesario despertar el interés del paciente por actividades culturales o de entretenimiento en las que tenga mayor relación con otras personas.

En el caso de quienes han utilizado anabólicos, la rehabilitación llega a requerir el uso de medicamentos que ayuden a restaurar el funcionamiento hormonal del organismo, e incluso antidepresivos, ya que al abandonar el uso de esas sustancias suelen aparecer síntomas similares a los que se presentan en quien intenta superar alguna adicción.

Por lo que toca a la dieta, queda claro que se deberá reestructurar para evitar daños en el aprovechamiento y procesamiento de los nutrientes (metabolismo), de modo que se modere el consumo de proteínas y se reduzca el daño a diferentes órganos.

Cabe destacar que el hecho de desear el mejoramiento de la imagen corporal no significa que una persona padezca algún trastorno psicológico, pero siempre se debe poner especial atención en quien manifieste dichas inclinaciones de manera obsesiva, ya que es mayor la probabilidad de que desarrolle este trastorno u otro relacionado con su apariencia física.

VII OBJETIVOS

7.1 Objetivo general

Valorar la percepción de la imagen corporal de un grupo de estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán.

7.2 Objetivos específicos

- 1o Conocer la autopercepción de la imagen corporal de un grupo de estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán.

2o Determinar el estado nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC) de un grupo de estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán.

3o Inferir la posibilidad de desarrollo de Conductas Alimentarias de Riesgo entre un grupo de estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. (UVAQ) en la ciudad de Morelia Michoacán.

VIII METODOLOGÍA

8.1 Tipo de caso:

El presente trabajo tiene un enfoque **cuantitativo** porque usa la recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Se considera **descriptivo** porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno que se analiza, buscando describir las tendencias de un grupo y estar en la posibilidad de predecir.

Es **correlacional** porque asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo, midiendo el grado de asociación entre ellas y dando la posibilidad de predecir.

Es **transversal** ya que se recopilan los datos en un momento único con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

8.2 Diseño:

El diseño del presente trabajo se considera **no experimental** ya que observa un fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlo sin: 1) manipulación intencional de una o más variables independientes, 2) medición del efecto que la variable independiente tiene sobre la variable dependiente y 3) sin la presencia del control (varios grupos de comparación y equivalencia de los grupos en todo, excepto en la manipulación de las variables independientes) de la situación experimental.

8.3 Población y Muestra:

8.3.1 Población: Alumnos inscritos al primer semestre de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga AC. en la ciudad de Morelia Michoacán.

8.3.2 Muestra: No probabilística.

8.3.3 Tamaño de muestra: 30 unidades de observación: 17 mujeres y 13 hombres.

8.3.4 Criterios de inclusión:

- Asistir a la sesión académica vespertina el día de la elección de la muestra.
- Contar con ayuno de 2 o más horas al momento de la elección de muestra.

8.3.5 Criterios de exclusión:

- Embarazo
- Patologías al momento de la elección de muestra.

8.3.6 Variables

8.3.6.1 *Definición de Variables de la Investigación*

- Autopercepción de la Imagen Corporal (variable independiente)

Se utilizará la definición previamente revisada en el capítulo correspondiente a la Introducción del presente trabajo, que menciona: “**La imagen corporal** se considera, en el ámbito de las investigaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, como una aproximación cualitativa al estado nutricional del individuo (Madrigal-Fritsch y cols. 1999).

Es la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes, el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual, la alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Thompson, 1990) y la alteración de la imagen corporal tiene una participación causal en los trastornos alimentarios (Attie, Brooks-Gunn, 1989) (Baile, Guillén, Garrido, 2002)”.

- Índice de Masa Corporal (variable dependiente)

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**. (OMS, 1995, 2000, 2004)

Se calcula según la expresión matemática:

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

Las unidades de medida en el sistema MKS son:

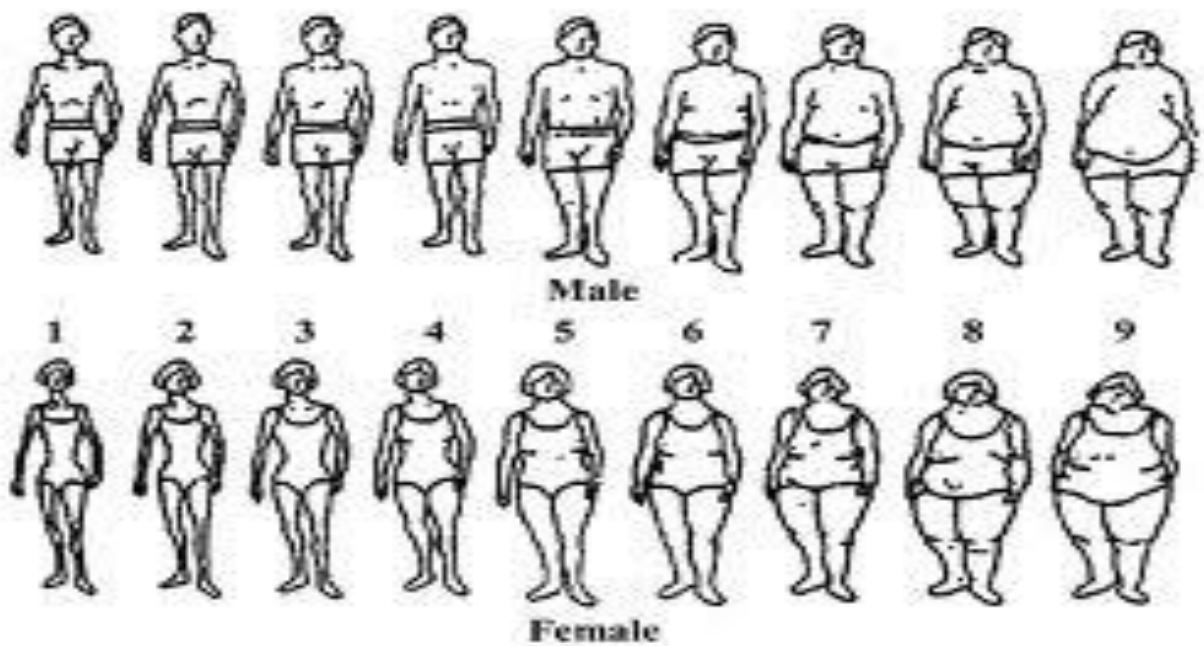
$$\frac{\textit{kg}}{\textit{m}^2}$$

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.

9.3.6.2 Operación de Variables de la Investigación

- Autopercepción de la Imagen Corporal (variable independiente)

La Imagen Corporal se define a través de la utilización del tarjetón de siluetas de Stunkard, el cual se muestra en la siguiente imagen:



Con los siguientes valores de referencia:

**Valores de Referencia de las siluetas de Stunkard
para hombres y mujeres adultos**

SILUETAS	IMC HOMBRES	IMC MUJERES
1	18.7-20.2	18.2-19.6
2	20.6-22.3	20.6-22.2
3	22.5-24.5	22.9-24.7
4	24.4-26.7	25.2-27.3
5	26.3-28.89	27.5-29.8
6	28.2-31.0	29.8-32.4
7	30.1-33.1	32.1-34.9
8	32.0-35.3	34.5-37.5
9	34.0-37.4	36.8-40

Fuente: (Casanueva E, y cols. 2008)

- Índice de Masa Corporal (variable dependiente)

Para definir el IMC se utilizó la clasificación de la OMS como se observa en la siguiente tabla:

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC Índice de Masa Corporal		
Clasificación	IMC (kg/m²)	
	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

* Estos valores son independientes de la edad y son para ambos sexos.

Fuente: (OMS, 1995, 2000, 2004)

IX HIPÓTESIS

9.1 Hipótesis correlacional causal bivariada

Hi. La autopercepción de la imagen corporal de un grupo de estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. en la ciudad de Morelia Michoacán afecta el estado nutricional de los mismos.

Ho. La autopercepción de la imagen corporal de un grupo de estudiantes universitarios de recién ingreso a la Licenciatura en Medicina de la Universidad Vasco de Quiroga A.C. en la ciudad de Morelia Michoacán no afecta el estado nutricional de los mismos.

X INSTRUMENTOS Y VALIDACIÓN

La **validez de contenido** se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, el dominio de contenido normalmente es definido o establecido por la literatura (teoría y estudios antecedentes).

La **validez de constructo** se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico, a tales conceptos se les denomina constructos. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de un esquema teórico, es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros. No se puede ver, sentir, tocar o escuchar; pero debe ser inferido de la evidencia que tenemos y que proviene de las puntuaciones del instrumento que se utiliza.

10.1 Recolección de la información

- a) A la muestra elegida se le mostró un tarjetón con las siluetas de Stunkard para percepción de imagen corporal y se les pidió que señalaran cuál de las nueve imágenes ilustraba mejor la forma en que ellos percibían su propio cuerpo.
- b) Posteriormente se midió peso y talla; utilizando técnica sugerida en el manual de Antropometría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.
- c) Se utilizó en estadímetro SECA 213; para medición de talla y una báscula SECA 813 para toma de peso; con estos datos, se determinó el Índice de Masa Corporal (P/T^2).

Una vez que se contó con la información sobre percepción de imagen y con el Índice de Masa Corporal; se correlacionaron mediante coeficiente de correlación de Pearson la relación existente entre la percepción de la imagen corporal y el IMC conforme a lo señalado en el tarjetón con las siluetas de Stunkard. Para ello se utilizaron los valores de referencia sugeridos por Casanueva E, y cols. 2008.

XI RESULTADOS

11.1 Estadística descriptiva:

Media: Es el promedio aritmético de una distribución y es la medida de tendencia central más utilizada. Es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos.

Mediana: Es el valor que divide la distribución por la mitad. Esto es, la mitad de los casos caen por debajo de la mediana y la otra mitad se ubica por encima de la mediana.

Moda: Es la puntuación que se presenta con mayor frecuencia.

Desviación estándar: También llamada típica es el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media que se expresa en las unidades originales de medición de la distribución. Se interpreta como cuánto se desvía, en promedio, de la media un conjunto de puntuaciones.

Varianza: es la desviación estándar elevada al cuadrado y se simboliza s^2 . Se utiliza en análisis inferenciales.

Para una muestra de 30 unidades de observación; se obtuvieron resultados para 17 mujeres y 13 hombres.

En relación al Índice de Masa Corporal para ambos sexos de manera conjunta, se obtuvieron los siguientes datos ilustrados en la tabla:

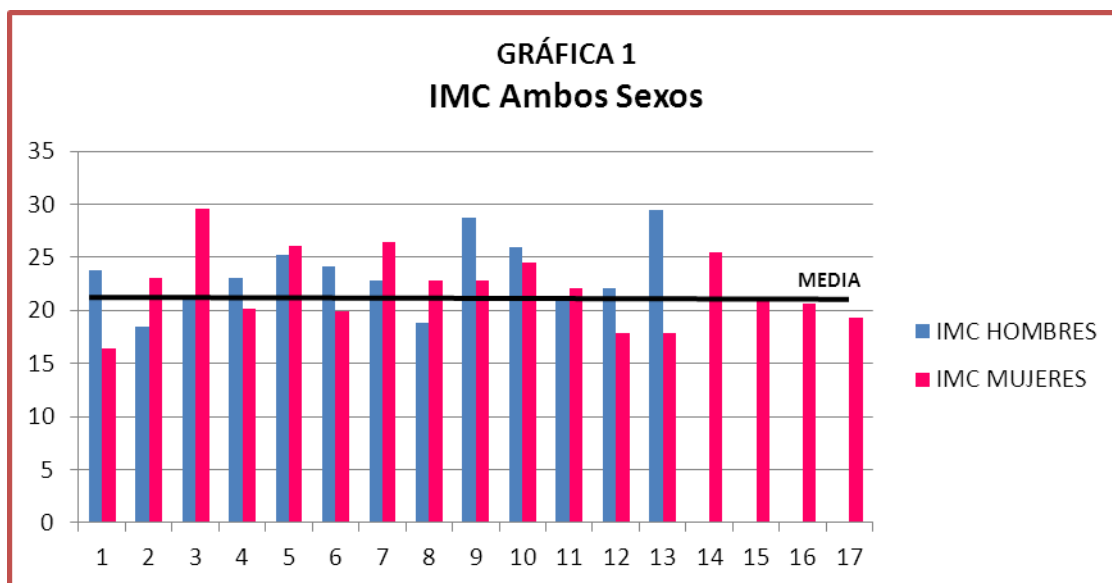
Índice de Masa Corporal en ambos sexos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	RESULTADO
MEDIA	22.42
MEDIANA	22.8
MÁXIMA	29.6
MÍNIMA	16.4
DESVIACIÓN ESTANDAR	3.39
VARIANZA	11.9

Se puede apreciar que la media (22.42) del Índice de Masa Corporal se encuentra dentro de valores considerados normales; 50% de los sujetos se encuentran por encima del valor 22.8 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor (mediana). Asimismo, se desvían de 22.42, en promedio 3.39 unidades de la escala.

El valor máximo detectado de IMC fue de 29.6, por lo que no se confirmó ningún caso de obesidad, aunque se encuentran en el límite con ésta, mientras que el valor mínimo fue de 16.4 el cual indica delgadez moderada.

La gráfica 1 ilustra los resultados de IMC para ambos sexos; en donde se aprecia la línea de la media ubicada en el 22.42.



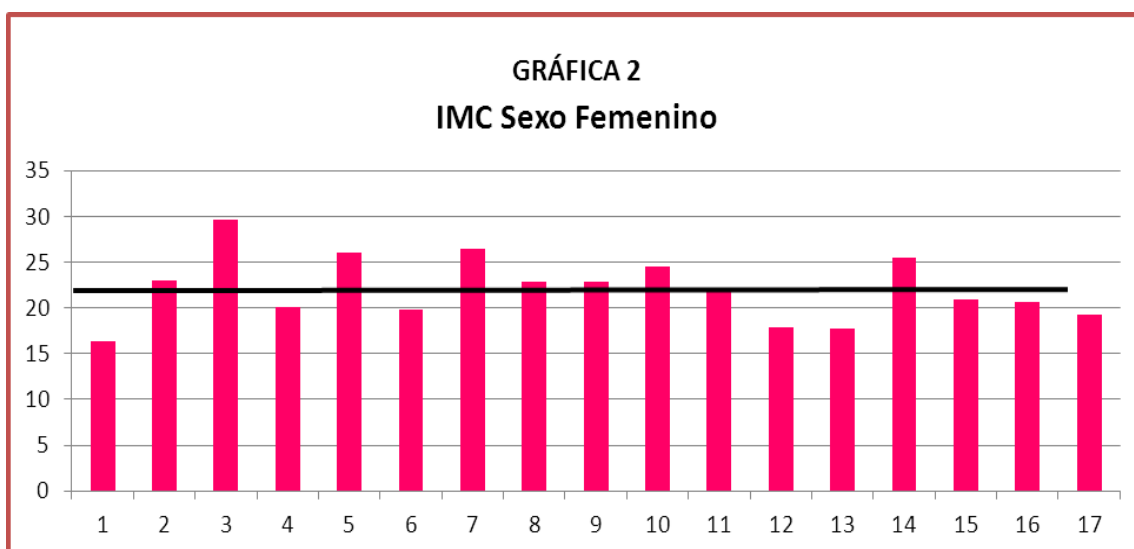
Los resultados de IMC para sexo femenino arrojaron los siguientes resultados que se ilustran en la tabla:

Índice de Masa Corporal en las mujeres

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	RESULTADO
MEDIA	21.84
MEDIANA	22.06
MÁXIMA	29.6
MÍNIMA	16.4
DESVIACIÓN ESTANDAR	3.42
VARIANZA	12.48

Se puede observar que la media (21.84) del Índice de Masa Corporal se encuentra dentro de valores considerados normales; 50% de las mujeres se encuentran por encima del valor 22.06 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor (mediana). Asimismo, se desvían de 21.84, en promedio 3.42 unidades de la escala. El valor máximo detectado de IMC fue de 29.6, por lo que no se confirmó ningún caso de obesidad, mientras que el valor mínimo fue de 16.4 el cual indica delgadez moderada. Los resultados son muy similares a los obtenidos en la combinación de ambos sexos.

La gráfica 2 ilustra los resultados de IMC para las mujeres; en donde se aprecia la línea de la media ubicada en el 21.84.



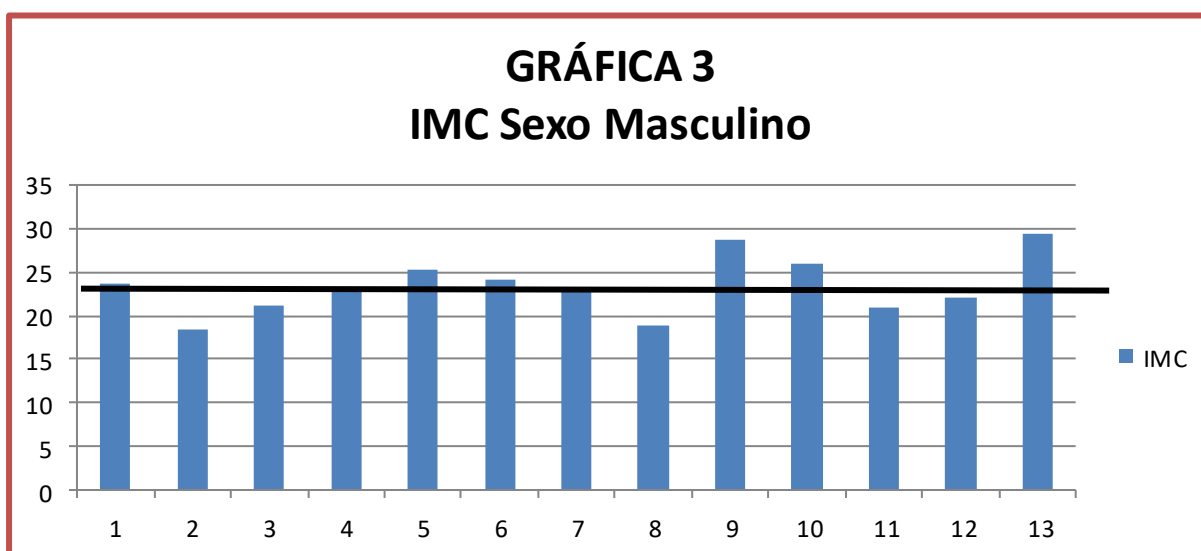
Con respecto a los 13 representantes del sexo masculino, se puede apreciar lo siguiente:

Índice de Masa Corporal en los hombres

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	RESULTADO
MEDIA	23.20
MEDIANA	23.1
MÁXIMA	29.4
MÍNIMA	18.5
DESVIACIÓN ESTANDAR	3.19
VARIANZA	11.08

Se puede observar que la media (23.20) del Índice de Masa Corporal se encuentra dentro de valores considerados normales; 50% de los hombres se encuentran por encima del valor 23.1 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor (mediana). Asimismo, se desvían de 23.1, en promedio 3.19 unidades de la escala. El valor máximo detectado de IMC fue de 29.4, por lo que no se confirmó ningún caso de obesidad, mientras que el valor mínimo fue de 18.5 el cual indica el límite inferior de la normalidad.

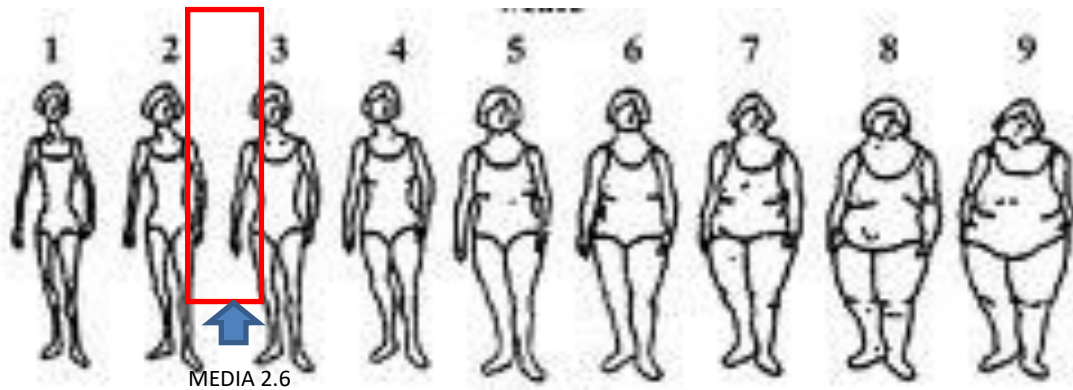
La gráfica 3 ilustra los resultados de IMC para los hombres; en donde se aprecia la línea de la media ubicada en el 23



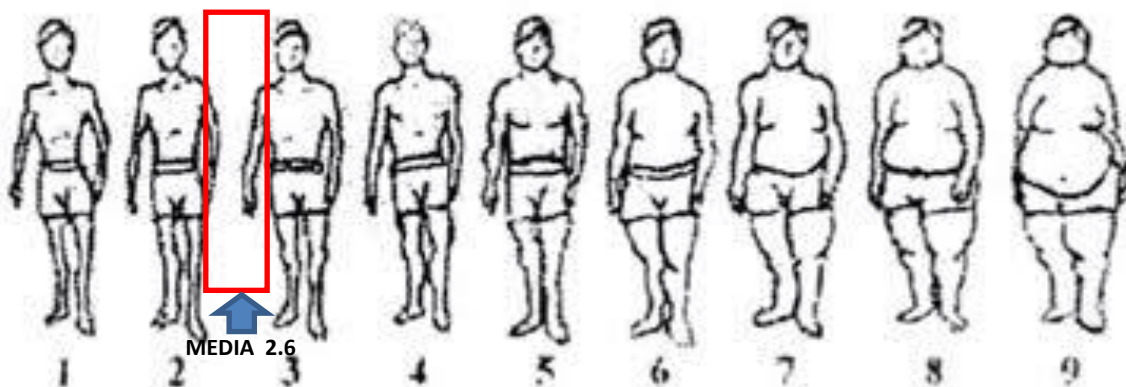
En relación a los resultados de la elección de la silueta de Stunkard sobre autopercepción de imagen corporal, se obtuvieron los siguientes resultados:

Para el sexo femenino, al elegir un número de silueta se observa una moda por la marcada con el número 3, que representa para mujeres un IMC de 22.9 a 24.7; lo cual queda por arriba de la media del IMC de 21.84.

De manera que el sexo femenino elige una silueta que representa un IMC mayor al obtenido al determinarlo por la fórmula de IMC (P/T^2), lo cual se ilustra en la siguiente figura.



Para el sexo masculino al elegir un número de silueta se observa una moda por la marcada con el número 3, que representa un IMC de 22.5 a 24.5; lo cual tiene concordancia con la media de IMC para el mismo sexo que es de 23.2. Mientras que la media en la elección de silueta es de 2.6, lo cual se ilustra en la siguiente figura:



11.2 Coeficiente de correlación de Pearson

Al correlacionar los resultados de IMC con respecto a la elección de una silueta Stunkard se obtienen los siguientes resultados para el sexo femenino:

Coeficiente de correlación de Pearson para las mujeres

IMAGEN	IMC
1	1
3	3
3	6
2	2
4	4
3	1
5	4
3	3
3	3
3	3
3	3
2	1
3	1
3	4
2	2
1	2
3	1

COEF.	
CORR.	0.516227344
	CORRELACIÓN
RESULTADO	MEDIA

Se obtiene un coeficiente de correlación de 0.51, por lo que se considera que existe una correlación positiva media, es decir, la elección de una silueta de Stunkard es más acorde al índice de masa corporal real, en un nivel medio de magnitud.

Para el caso del sexo masculino, se obtienen los siguientes resultados:

Coeficiente de correlación de Pearson para los hombres

IMAGEN	IMC
3	3
3	1
1	2
3	3
4	4
3	3
1	3
1	1
6	6
3	5
2	2
3	2
9	6
COEF. CORR.	0.779246182
RESULTADO	CORRELACIÓN CONSIDERABLE

El coeficiente de correlación de Pearson es de 0.77 por lo que se considera una correlación positiva considerable entre la elección de una silueta y el IMC real; de manera que el sexo masculino tiene una mayor tendencia a elegir siluetas que muestran concordancia con su IMC real.

En base a lo anteriormente expuesto, se puede decir que el sexo masculino tiene una mayor tendencia a elegir siluetas de percepción de la imagen corporal, más relacionadas y más acordes a su propio IMC; por lo que puede considerarse que en el sexo masculino existe una menor distorsión de la imagen corporal con respecto al sexo femenino.

El coeficiente de determinación para las mujeres es de 0.2601 lo que significa que no se ofrece una buena predicción de una variable respecto de la otra variable, para los varones es de 0.5929 y significa que existe una mayor predicción de una variable respecto a la otra en ellos más que en las mujeres.

Para las mujeres la hipótesis de investigación se acepta, sin embargo, ésta se encuentra en el límite. Para los varones la hipótesis de investigación se acepta ya que la correlación es considerable

XII CONCLUSION

Se demostró que los resultados fueron normales en relación con el índice de masa corporal que fue de (22.42), este valor es considerado dentro de los parámetros normales. En las mujeres se obtuvo un resultado promedio de 21.84 y en varones de 23.20.

Se llegó a la conclusión que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer algún trastorno de conducta alimentaria debido a los medios sociales y de comunicación sobre la figura perfecta de una silueta delgada, pero también se observó que en las mujeres hay una mayor distorsión según en las siluetas de Stunkart ya que el resultado fue que se veían más delgadas a pesar de que en su índice de masa corporal no correspondía a su silueta, ellas se ven más delgadas a pesar de que los demás las ven con más volumen en su peso. Los resultados son muy similares a los obtenidos en la combinación de ambos sexos.

BIBLIOGRAFÍA

American Dietetic Association. 2006. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. J. Am. Diet. Assoc. Vol. 106:2073-2082.

American Psychiatric Association. 1994 DSM-IV-TR. (text revision in may 2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association: 539-550.

Attie I, Brooks-Gunn J. 1989, *Development of eating problems in adolescent Girls: A longitudinal study*. Developmental Psychology, 25, 70-79.

Baile, J.I., Guillén, F. Garrido E, 2002. *Insatisfacción corporal con adolescentes medida com el Body Shape Questionnaire/BSQ: efecto del anonimato, el sexo y la edad*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud 2, 439-450.

Baile JI. 2003, *¿Qué es la imagen corporal?* Cuadernos del Marqués de San Adrián. Revista de Humanidades del Centro Asociado de la UNED de Tudela, 2.

Baile, J.I. 2005. *Vigorexia cómo Reconocerla y Evitarla*. Madrid: Síntesis

Barriguet JA, Unikel C, Aguilar SC, Córdoba VJA, Shama T, Rivera DJ, Hernández AM, 2008. *Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents: Results of a population based nationwide survey* (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006). Salud Pública Mex. En prensa.

Bernárdez MM, De la Montaña MJ, González Carnero J, González Rodríguez M, 201, *Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense*. Nutrición Hospitalaria; 26 (3): 472-479.

Bordo S, 1999. *The male body*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Bruch H, 1962. *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosomatic Medicine, 24, 187-194.

Carlos A. Martell Alonso, 2006. *Vigorexia enfermedad o adaptación*. Revista Digital Buenos Aires Año 11 no. 99 <http://www.efdeportes.com>

Castells, M. *Vigorexia: Obsesión por un cuerpo musculoso*. Farmacéutica. COL-LEGI Farmaceutic de Barcelona

Casanueva E y M Morales 2001. *Nutrición del adolescente*. En: Nutriología Médica 2ª ed. [Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P] Ed. Médica Panamericana. :87-101.

Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Perez-Lizaur AB, Arroyo P. 2008 .Trastornos de Conducta Alimentaria en Nutriología Médica 3ª edición. Editorial Panamericana. 128-132.

Comité de Expertos de la OMS sobre el estado físico: *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos*, 854. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 1995.

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.

Cooper P.J., Goodyer I, 1997. *Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years*. British Journal of Psychiatry, 171, 542-544.

CBP, 2006. *Trastornos por vigorexia*. Psicólogos en Madrid.

Cruz S, Maganto C, 2002. *Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes*. Revista de Psicología General y Aplicada; 55 (3): 455-473.

Dare C, Crowther C. 1995. *Psychodynamic models of eating disorders*. In Szmuckler G, Dare C, Treasure J (Eds.) *Handbook of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, P. 125-39.

DSM-IV-TR. (2009). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Fisher, S. 1990. "The Evolution of Psychological Concepts about de Body". En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change* , New York, The Guilford Press. P 3-21.

French S.A., Story M, Downes B., Resnick M.D., Blum R.W., 1995. *Frequent dieting among adolescents: Psychosocial and health behavior correlates*. American Journal of Public Health, 85, 695-701.

Garfinkel PE, Garner DM, 1982. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.

Garner D.M., Garfinkel P.E., 1981. *Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 11, 263-284.

Gralen S, Levine MP, Smolak L, Murnen S, 1990. *Dieted and disordered eating during early and middle adolescent: Do the influences remain the same?* International Journal of Eating Disorders, 9, 501-512.

Gómez PG, Granados A, Jáuregui J, Tafoya S, Unikel C, 2000. *Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino*. Revista de Psicología Contemporánea; 7 (1): 4-15.

Home Directorios Esquemas Biblioteca Primeros Auxilios Contacto Padres e Hijos Mujeres Hombres Homeopatía Tercera Edad Jovenes Nutrición Belleza

Hunot CME. 2001. *Panorama epidemiológico de las alteraciones de la conducta alimentaria en estudiantes de una escuela secundaria y preparatoria de la zona metropolitana de Guadalajara en noviembre de 1999*. Tesis de Maestría en Nutrición Humana. México: Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco.

Hsu L.K., 1982. *Is there a body image disturbance in anorexia nervosa?*. Journal of Nervous and Mental Disease, 5, 305-307.

Killen, D.J., Taylo, C.B., Hayward, C., Haydel, F.H., Wilson D., Hammer L., 1996. *Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4 year prospectivestudy*. Journal of Consulting Clinical Psychology.

Koff E, Rierdan J, 1991. *Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls*. Journal of Adolescent Health, 12, 307-312.

Lameiras F.M., Calado O.M., Rodríguez C.Y., Fernández P.M., 2003. *Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vigo España. Vol. 3 No. 1, pp. 23-33.

Lask B. Aetiology, 2000. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. New York, Bruner-Routledge.

Licata M, 2009.

Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney D, Gibney M, Martínez-Hernández JA, 1999. *Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición*. Salud Pública México; 41: 479-486.

Montero P, Morales E.M, Carbajal A, 2004. *Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos*. Antropo 8, 107-116. Madrid, España.

Neumark SD, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Muler S, 2001. *Weight-teasing among adolescents: correlations with weight-status and disordered eating behaviors*. *Internal Journal of Obesity*; 26: 126-31.

Ocampo NY. 2008. *Detección de Sintomatología de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Jóvenes: Análisis en dos Escuelas Preparatorias de Guadalajara, Jalisco México*. Tesis de Maestría en Cooperación y Bienestar Social. Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de la Ciénega.

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.

Perpiñá C., Baños R.M., 1990. Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*, 6 (1), 1-9.

Polivy J, German P, 2002. *Causes of eating disorders*. *Annual Review of Psychology*; 53: 187-213

Pope, H.G., Katz, D.L. y Hudson, J.I., 1993. *Anorexia nervosa and reverse anorexia among 108 male bodybuilders*. *Compr Psychiatry*

Pruzinsky T, Cash T.F. 1990. *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.

Raich RM. 2000. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ed. Pirámide. Madrid.

Ricciardelli LA, McCabe MP, Williams RJ, Thompson JK, 2007. The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clinical of Psychology Review*; 27: 582-606.

Richard M, Casper R, Larson R, 1990. *Weight and eating concerns among pre and young adolescent boys and girls*. Journal of Adolescent Health Care, 11, 203-209.

Sepúlveda AR, León JA, Botella J. 2004. *Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria*. Clínica y Salud; 15 (1): 55-74.

Schilder P, 1935. *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.

Shisslak CM, Crago M, Estes L.S. Polivy J, Herman P. 1995. *Causes of eating disorders*. Internal Journal of Eating Disorders; 18: 209-19.

Skrzypek S, Wehmeir P.M., Remschmidt H. 2001. *Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review*. European Child and Adolescent Psychiatry, nº 10, pp. 215-221.

Slade P.D. 1994. *What is body image?*. Behaviour Research and Therapy, nº 32, pp. 497-502.

Steiner-Adair C. Trabajo presentado en el Simposium "The Psychology of women and the treatment of eating disorders" en la Conferencia Internacional de Trastornos Alimentarios, Nueva York: citado en Brown C y Jasper K (1993) *Why weight? Why women? Why now? In: Consuming Passions. Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders*. Brown C, Jasper K (ed) Toronto: Second Story Press; 1990 p. 16-35

Striegel-Moore RH, 1993. *Etiology of binge eating: a developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

Striegel-Moore RH y Cachelin FM. 2001. *Etiology of eating disorders*. Counseling Psychology: 29 (5); 635-61

Thompson, J.K, 1990. *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.

Unikel C, Aguilar J, Gómez PG, 2005. *Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women*. Eating Weight Disorders. Studies Anorexia, Bulimia Obesity; 10: 33-9

Unikel C, Bojorquez I, Carreño S. 2004. *Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo*. Salud Pública de México; 509-15

Vázquez M. 2006. *Estudio de conductas alimentarias de riesgo en mujeres estudiantes de preparatoria y Universidad y su relación con factores familiares y de personalidad*. Tesis de Maestría en Salud Mental Pública. México, D.F.: Facultad de Medicina.

Vázquez AR, López AX, Alvarez RLG, Mancill DJM, Oliva RA, 2006. *Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos*. Ensen Invest Psicol 11: 185-97.

Vega, V. (2011). *Ficha Anorexia y Bulimia. Nuevas formas de subjetivación*. Recuperado el 7 de Diciembre de 2011, de psi.uba.ar: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/ficha_anorexia_bulimia.pdf

Wilson G.T., 1993. *Relation of dieting and voluntary weight loss to psychological functioning and binge eating*. Annals of Internal Medicine, 119, 727-730.

