



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

“INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LAS
ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA
MARÍA AUXILIADORA DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.2013”

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

NUTRICIONISTA DIETISTA

HECTOR RODRIGO NARVAEZ VILLAVICENCIO

RIOBAMBA-ECUADOR
2014

CERTIFICACIÓN

La presente investigación fue revisada y autorizada su presentación.

Dr. Patricio Ramos P.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICACIÓN

Los miembros de Tesis Certifica que, la investigación titulada “Insatisfacción de la Imagen Corporal en las Adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa María Auxiliadora de la Ciudad de Riobamba.2013” de responsabilidad del señor Héctor Rodrigo Narvárez Villavicencio ha sido minuciosamente revisada y se autoriza su publicación.

Dr. Patricio Ramos P.

DIRECTOR DE TESIS

N.D. Verónica Delgado L.

MIEMBRO DE TESIS

Riobamba, 24 de enero del 2014.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética por permitirme educarme en sus aulas.

Al Dr. Patricio Ramos Director de Tesis por guiarme con su experiencia y sus sabios conocimientos.

A la N. D. Verónica Delgado Miembro de Tesis por brindarme su apoyo en la ejecución de mi proyecto.

A la Unidad Educativa María Auxiliadora, por facilitarme el desarrollo de la presente investigación.

DEDICATORIA

Quiero dedicar la presente investigación en primer lugar a Dios y luego a mi madre la Sra. Piedad Villavicencio A. por ser un apoyo fundamental en mi superación.

A mi esposa Carolina Remache T. por ser la fuente de mi inspiración y la constancia de mi esfuerzo.

RESUMEN

Es una investigación con diseño no experimental, descriptivo de tipo transversal para determinar la Insatisfacción de la Imagen Corporal en 94 adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa María Auxiliadora, mediante una encuesta se identificaron características generales, nivel de inserción social, estado nutricional, comportamiento alimentario, insatisfacción con la Imagen Corporal, consideración de su peso. La satisfacción de la imagen corporal se determinó mediante los parámetros (Muy satisfecho, poco satisfecho, insatisfecho). Los principales resultados indicaron que del grupo en estudio la mayor parte de adolescentes tienen un estado nutricional normal (81,91%), algún grado de sobrepeso (13,83%) debido a la inactividad física y al excesivo consumo de alimentos fuentes de carbohidratos. Por otra parte un 3,19% de adolescentes presentan obesidad considerando que la dieta debe ser fraccionada en cuatro tiempos de comida. El 1,06% tienen delgadez. En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal un 10,6% se encuentran insatisfechas, un 35,1% se encuentran muy satisfechas y un 54,2% se encuentran poco satisfechas, se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que tiene algún sentimiento de culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos, estas diferencias son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es menor a 0,05; además hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que al verse reflejada en un espejo se sienten mal respecto a su figura, estas diferencias son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es menor a 0,05.

SUMMARY

This investigation is non-experimental, descriptive cross-sectional design to determine the Dissatisfaction of the Body Image in 94 adolescents aged 14 to 18 years at United Educativa María Auxiliadora, by surveying general characteristics, social insertion level, nutritional status, eating disorders, body image dissatisfaction, weight consideration were identified. The body image satisfaction was determined by the parameters (very satisfied, little satisfied, and dissatisfied). The main results indicate that the study group most teenagers have normal nutritional status (81, 1%), some degree of overweight (13, 83%) due to physical inactivity and the overeating carbohydrate sources. Moreover a 3, 19% of adolescents are obese whereas the diet should be fractionated into four meal times. 1.06% have thinness. Regarding the degree of satisfaction the body image 10, 6 % are dissatisfied, 35, 1% are very satisfied and 54, 2% are little satisfied. It was found that there is a greater probability of adolescent with body dissatisfaction; teenagers feel guilty after eating large amounts of food. These differences are statistically significant because the p value is less than 0,05; and there is also a greater probability of adolescents with body dissatisfaction that it is reflected in a mirror, teens feel bad about their body, and these differences are statistically significant because the p value is less than 0,05.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Nº DE PÁG.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	2
A. GENERAL	2
B. ESPECIFICOS	2
III. MARCO TEORICO	3
A. ADOLESCENCIA	3
1. EL ESTIRON PUBERAL	4
2. MODIFICACIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL ORGANISMO	6
3. ACTIVIDAD FISICA Y EL COMIENZO DE LOS CAMBIOS PUBERALES Y NUTRICION	7
B. GENERALIDADES SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS	9
C. LA FORMACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS	12
D. IMAGEN CORPORAL	13
1. PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN /INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	15
E. VALORACION NUTRICIONAL	18
a) REALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION FISICA	19
b) INDICE DE MASA CORPORAL	20
F. PROBLEMAS O TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	21
a) ANOREXIA NERVIOSA	21
b) PRINCIPALES CAUSAS DE LA ANOREXIA	23
c) BULIMIA	23

d) OBESIDAD	24
e) CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD	26
IV. METODOLOGIA	28
A. LOCALIZACION Y TEMPORIZACION	28
B. VARIABLES	28
1. Identificación	28
2. Definición	28
3. Operacionalización	30
C. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	34
D. POBLACION, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO	34
E. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS	35
V. RESULTADOS	38
A. CARACTERISTICAS GENERALES	38
B. ESTADO NUTRICIONAL	41
C. COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	45
D. IMAGEN CORPORAL	53
E. CRUCE DE VARIABLES	58
VI. CONCLUSIONES	64
VII. RECOMENDACIONES	66
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
IX. ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

NÚMERO DE TABLA	Nº DE PÁG.
TABLA 1: Índice de Masa Corporal para determinar si existe Normalidad, Sobrepeso, Obesidad, Bajo Peso	20
TABLA 2: Índice de Masa Corporal Normal para adolescentes Mujeres por Edades	21
TABLA 3: Distribución de la población según Edad	38
TABLA 4: Distribución de la población según Con quien vive	39
TABLA 5: Distribución de la población según Nivel de Inserción Social	40
TABLA 6: Distribución de la población según Peso (kg)	41
TABLA 7: Distribución de la población según Talla (m)	42
TABLA 8: Distribución de la población según Estado Nutricional (IMC//E)	43
TABLA 9: Distribución de la población según Estado Nutricional (% Masa Grasa)	44
TABLA 10: Distribución de la población según el Tamaño de Porciones de los alimentos	45
TABLA 11: Distribución de la población según el Número de Comidas que consume al día	46
TABLA 12: Distribución de la población según Consumo de Alimentos light o diet	47
TABLA 13: Distribución de la población según Consumo de Alimentos en situaciones de Ansiedad, Soledad, Depresión	48

TABLA 14: Distribución de la población según Realiza Ayuno	49
TABLA 15: Distribución de la población según Sentimiento de Culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos	50
TABLA 16: Alimentos considerados Buenos, Malos y Preferencias Alimentarias en las adolescentes	51
TABLA 17: Distribución de la población según ha intentado bajar de peso	52
TABLA 18: Distribución de la población según se ha sentido mal Con su figura que incluso ha llorado por ello	53
TABLA 19: Distribución de la población según se ha sentido Acomplejada por su cuerpo	54
TABLA 20: Distribución de la población según verse en un espejo le Hace sentir mal respecto a su figura	55
TABLA 21: Distribución de la población según Consideración de su Peso	56
TABLA 22: Distribución de la población según Grado de Satisfacción De la Imagen Corporal	57
TABLA 23: Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según Ha intentado bajar del peso	58
TABLA 24: Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según El Tamaño de porción de los alimentos	59
TABLA 25: Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según Número de comidas que consume al día	60
TABLA 26: Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según Sentimiento de culpa después de Ingerir grandes Cantidades de alimentos	61

TABLA 27: Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según

Se ha sentido Acomplejada por su cuerpo 62

TABLA 28: Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según

Verse reflejada en un espejo le hace sentir mal

Respecto a su figura 63

ÍNDICE DE CUADROS

NÚMERO DE CUADRO

Nº DE PÁG

Figura 1. Edad en la que se presenta el riesgo de casos de Insatisfacción con la Imagen Corporal en adolescentes.	18
---	----

LISTADO DE ANEXOS

NÚMERO DE ANEXO

ANEXO 1: Oficio

ANEXO 2: Encuesta

ANEXO 3: Base de Datos

ANEXO 4: Fotos

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de cambios muy rápidos, un momento de la vida de las chicas en el que su cuerpo de niña se transforma hasta conseguir las formas de un cuerpo adulto, con inevitables repercusiones psicológicas y psicosociales. Este es un momento difícil para las adolescentes si tenemos en cuenta que la imagen corporal, la apariencia física, que una persona experimenta le causa gran insatisfacción puede ser fácil caer en querer domesticarlo, y cómo se pueden domesticar las formas del cuerpo, pues con una restricción o con un consumo excesivo de comida. Esto contribuye a ser “un elemento para el control personal del peso y, en definitiva, de la imagen corporal”, ya que no se le pide socioculturalmente la misma imagen corporal a un chico que a una chica. (1)

Estos problemas generalmente se los ha minimizado sin tomar en cuenta y considerarlos ya que no solo les afectaran en esta etapa de su vida si no también en una futura vida adulta con problemas como: desnutrición, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad que son factores determinantes de la salud y calidad de vida.

El propósito de esta investigación está en cambiar conocimientos y prácticas mediante una adecuada Nutrición y Educación Alimentaria partiendo de los conocimientos actuales de las adolescentes como línea de base para producir cambios mediante un plan estratégico, en el que se incluyen acciones tanto institucionales como de comportamiento del personal administrativo y docente, la estrategia se dirige al grupo objetivo principal que constituye las adolescentes.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar el grado de insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad educativa María Auxiliadora de la ciudad de Riobamba.

B. ESPECIFICOS

1. Caracterizar al grupo de estudio.
2. Valorar la situación nutricional en las adolescentes mediante indicadores antropométricos como: Peso, Talla, IMC//E, % de Masa Grasa.
3. Identificar la existencia de insatisfacción de la imagen corporal.

III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A. ADOLESCENCIA

La adolescencia se considera un proceso físico social que comienza entre los diez y quince años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina alrededor de los veinte, cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial. Durante este periodo se producen importantes modificaciones en el organismo, pues aumenta su tamaño y varían su morfología y composición. Los requerimientos nutricionales en esta etapa dependen del gasto necesario para mantener el ritmo de crecimiento, de las variaciones en la composición corporal y del consumo energético. A lo largo de este período coexisten un elevado ritmo de crecimiento y fenómenos madurativos importantes, que afectan al tamaño, forma y composición del organismo. La nutrición juega un papel crítico en el desarrollo del adolescente y el consumo de una dieta inadecuada puede influir desfavorablemente sobre el crecimiento somático y la maduración sexual.

Los tres hechos que tienen influencia sobre el equilibrio nutritivo son:

- a. La aceleración del crecimiento en longitud y el aumento de la masa corporal (estirón puberal).
- b. La modificación de la composición del organismo.
- c. Actividad física y en el comienzo de los cambios puberales y nutrición. (1)

1. EL “ESTIRÓN” PUBERAL

Es un cambio brusco de la velocidad de crecimiento, que muestra diferencias en uno y otro sexo, tanto en su cronología como en su intensidad. El estirón de la adolescencia es importante para la talla final, ya que durante este período tiene lugar aproximadamente el 20% del crecimiento total. Sin embargo, la responsabilidad en la diferencia de tallas entre uno y otro sexo es escasa (3-4,5 cm.). Esta se debe al comienzo más tardío del estirón puberal y al crecimiento más prolongado durante el período prepuberal en los varones, lo que hace que en el momento de iniciarse el estirón de la adolescencia los niños tengan ya una talla superior en 8 cm a la de las niñas.

Más importante aún que el crecimiento en longitud es el incremento de la masa corporal, que casi se duplica durante este período, puesto que los requerimientos nutritivos están estrechamente relacionados con el aumento de masa. Durante este período se producen importantes modificaciones en el organismo, pues aumenta su tamaño y varían su morfología y composición, aparecen los caracteres sexuales secundarios según una secuencia predeterminada pero con variaciones cronológicas en ambos sexos e influida por factores de carácter étnico, ambiental, cultural y nutricional. Los requerimientos nutricionales dependen del gasto necesario para mantener el ritmo de crecimiento, de las variaciones en la composición corporal y del consumo energético, la nutrición correcta es una de las necesidades básicas de salud para que la población adolescente pueda desarrollar al máximo su potencial genético. (2)

Durante la adolescencia, la ganancia de masa corporal corresponde al 50% del peso adulto, al 20% de la talla definitiva y a más del 50% de la masa ósea. La composición del tejido depositado presenta diferencias por género. El crecimiento en las niñas se acompaña de un mayor aumento en la proporción de grasa corporal, mientras los varones presentan una mayor acreción de masa magra y un mayor aumento de la volemia y de la masa eritrocitaria, lo que condiciona requerimientos diferenciados para cada uno de los sexos.

Esta diferencia hace que los varones tengan necesidades nutricionales más altas y mayor requerimiento de nutrientes (calcio, magnesio, fósforo, zinc, vitaminas A y D) por su mayor tasa de crecimiento y síntesis tisular que también aumenta la demanda de nitrógeno, ácido fólico, vitamina B12 y de hierro.

La nutrición y la alimentación en esta etapa están adquiriendo paulatinamente prioridad en la mayoría de los países del mundo debido a su repercusión inmediata sobre este grupo etario y por su proyección hacia las edades más productivas de la vida. En esta etapa es indispensable proporcionar las condiciones necesarias para que el desarrollo del potencial genético se produzca en su máxima expresión. La interrelación entre el factor nutricional y el potencial genético explican la gran variabilidad de peso, estatura y edad de inicio puberal, en poblaciones de diferentes grupos étnicos o de diferente nivel socioeconómico. La adecuación del peso y de la estatura habla acerca de la calidad del ambiente en que ha vivido una población.

Las necesidades nutricionales se relacionan mejor con los grados de madurez sexual que con la edad cronológica. Una niña en estadio 2 de maduración sexual requiere 2.200Kcal, mientras que en el estadio 4 cuando ya ocurrió la menarquía aumentan a 2.400Kcal y en la etapa 5 disminuye a 2.100 Kcal. En el niño ocurre un incremento de 2.400 Kcal en el estadio 2 y 3.000 Kcal en el estadio 5.

Las necesidades nutricionales de los adolescentes dependen de las mayores cantidades de estrógenos y progesterona en las mujeres y de testosterona y andrógenos en los varones que aumentan al inicio de la pubertad y que desencadenan los posteriores cambios de talla, peso y composición del organismo el aumento global de las necesidades energéticas durante la adolescencia y expresión genética, reflejo de una maduración precoz, normal o tardía, exigen recomendaciones dietéticas, individualizadas y enfoques que estimulen mejores prácticas nutricionales y formas de vida más sanas.

2. MODIFICACIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL ORGANISMO

Estos cambios afectan sobre todo a la proporción de los tejidos libres de grasa y de la grasa. Existen grandes diferencias en ambos sexos. En los varones, el incremento de los tejidos no grasos, esqueleto y músculo principalmente, es mucho más importante. Entre la edad de 10 y 20 años el varón aumenta su masa libre de grasa de 27 a 62 kg. (35 kg.), mientras que el aumento en las chicas durante el mismo período es aproximadamente la mitad (18 kg.), pasando de 25 a 43 kg. Por

el contrario las niñas acumulan mayor cantidad de grasa. Teniendo en cuenta que los tejidos libres de grasa representan la parte metabólicamente activa, las diferencias sexuales durante el brote de crecimiento tienen una repercusión muy importante sobre los requerimientos nutritivos en la adolescencia.

3. ACTIVIDAD FÍSICA Y EL COMIENZO DE LOS CAMBIOS PUBERALES Y NUTRICION.

La combinación de actividad física y una dieta sana puede reducir el peso corporal excesivo, mejorar la composición del cuerpo y los perfiles de los lípidos sanguíneos y reducir la presión arterial en los adolescentes. La actividad física de carga de peso desempeña un papel importante en el desarrollo de la masa ósea durante la adolescencia y puede ayudar a mantener la estructura y la resistencia funcional del hueso durante toda la vida. Las recomendaciones sobre la actividad física indican que todos los jóvenes deben desarrollar una actividad moderada todos o casi todos los días de la semana e intervenir en ejercicios energéticos (definidos como ejercicios que hacen que la persona respire con fuerza o sude) al menos 3 días a la semana.

Los deportistas adolescentes tienen unas necesidades nutritivas especiales. La ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación es especialmente importante, en realidad el golpe de calor es la segunda causa de muerte no

cardiaca, solo superada por las lesiones craneoencefálicas. El riesgo de deshidratación es mayor en los adolescentes y su producción de calor es más alta, mientras que su capacidad para transferir el calor de los músculos a la piel es menor. También sudan menos lo que reduce su capacidad de disipar el calor a través de la evaporación del sudor.

La práctica deportiva también incide en el sistema nervioso, porque estimula la formación de endorfinas, que provocan sensación placentera, y también la psiquis, al generar buen ánimo, buen humor.

Cada persona debe adaptar su dieta a sus propias necesidades, consumir alimentos ricos en proteínas y corregir el gasto de potasio, calcio y vitamina C, y principalmente el consumo de líquidos, sobre todo agua después de la competencia.

Está contraindicado el uso de sustancias anabolizantes y las fórmulas mágicas para vencer en las competencias.

El efecto de los ejercicios físicos y la relación, el control del apetito, el gasto calórico y las necesidades nutricionales siempre deben evaluarse, de acuerdo con el tipo de actividad, la duración diaria y semanal y los programas de formación y capacitación.

Las necesidades dietarias de los jóvenes y niños deportistas difieren de las necesidades de los adultos en algunos aspectos:

- El consumo diario recomendado de proteínas es más alto, que en los adultos.
- Durante el ejercicio, la energía para la actividad muscular se deriva más del uso de las grasas que de los carbohidratos.
- Las demandas de energía o gasto calórico / Kg de peso / al caminar o correr son considerablemente más altas en los jóvenes.
- Los adolescentes se deshidratan más rápido y fácil que los adultos. La temperatura central de los adolescentes sube más rápido.
- El apetito y preferencias alimentarias varían considerablemente según los estados de ánimo, el período de crecimiento, desarrollo biológico y nivel de actividad diaria.(2)

B. GENERALIDADES SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los hábitos alimentarios más frecuentes en los adolescentes son el consumo irregular de comidas. La mayoría de los adolescentes son conscientes de la importancia de la nutrición y conocen cuales son los componentes de una dieta saludable, pero son muchos los obstáculos que encuentran para elegir alimentos y bebidas adecuados.

Sin lugar a dudas, las características organolépticas de los diferentes componentes de la dieta o patrón alimentario, es decir, las referidas al color, sabor, olor y textura

de los mismos, que los identifican según su palatabilidad e influyen en su aceptación, intervienen, de manera importante, en el desarrollo y consolidación de costumbres, conductas y de los llamados hábitos alimentarios, conjuntamente con factores o elementos bien establecidos y reconocidos como creencias y tradiciones, medio geográfico, disponibilidad alimentaria, recursos económicos, religión, distintivos psicológicos y pragmáticos.

Muchos adolescentes carecen de capacidad para elegir, debido a su grado de desarrollo para asociar hábitos alimentarios actuales con el riesgo futuro de enfermedad y no se preocupan de su salud futura. A menudo están más centrados en ajustarse a sus compañeros y adoptan sus conductas alimentarias que demuestran su búsqueda de autonomía y que les hagan sentirse más adultos, como beber alcohol, fumar y participar en actividades sexuales.

Saltarse las comidas es el hábito más frecuente en los jóvenes, esta costumbre aumenta durante la adolescencia ya que trata de dormir como respuesta al inicio más temprano del horario de clases, intentan adelgazar limitando el consumo de calorías o sus vidas se vuelven en general más ocupadas. La comida que se pierde con mayor frecuencia es el desayuno. (2)

Las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento se contraponen con los cambios en la conducta alimentaria que ocurren en la adolescencia debido a factores culturales, a la necesidad de socialización y a los deseos de independencia propios de esta etapa. Estos hábitos alimentarios se caracterizan por:

- **Alimentación desordenada** con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino.
- **Alto consumo de comidas rápidas**, golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos.
- **Baja ingesta de calcio** debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional.
- **Escaso control y conocimiento de los padres** respecto a la alimentación de sus hijos adolescentes.
- **Tendencia frecuente a dietas hipocalóricas** especialmente en adolescentes mayores, alcanzando una prevalencia de hasta 60% en este grupo; asumiendo en muchos casos regímenes vegetarianos o dietas esotéricas muy restrictivas y des balanceadas que pueden comprometer el potencial de crecimiento o inducir carencias específicas.

Como consecuencia de lo anterior, la adolescencia es una etapa con alta prevalencia de trastornos nutricionales siendo los más frecuentes, la malnutrición por exceso y las carencias específicas de hierro y de calcio. (3)

C. LA FORMACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS.

Los hábitos alimentarios son adquiridos, es decir, se van formando progresivamente y desde una edad muy temprana, desde los primeros meses y años de la vida.

Este hecho hace que el factor predominante de formación de un hábito sea la imitación de los hábitos de los adultos, sobre todo de los padres y hermanos en

casa y de otros adultos y niños en las guarderías y escuelas. Estos hábitos se consolidan posteriormente durante la infancia y la adolescencia. Así pues para inculcar costumbres nutricionales sanas a los niños es necesario que los adultos, sobre todo si son padres y educadores, posean estos hábitos saludables y los practiquen para que el niño los imite. (3)

Está ampliamente demostrado que las costumbres alimentarias adquiridas durante la niñez se modifican muy poco durante la vida adulta. Puesto que la nutrición ejerce un papel muy importante en la salud, sus efectos a largo plazo en el adulto empiezan a gestarse ya durante la infancia.

La adolescencia es un periodo crítico en el que existen muchos cambios en la forma de vida. Es una época en la que se consolidan definitivamente los hábitos alimentarios, pero ya con influencia de numerosos factores externos: valores sociales, medios de comunicación, influencia de amigos, etc. Durante la adolescencia se debe vigilar que se consoliden los hábitos nutricionales correctos, así como evitar los incorrectos.

Además de los padres es necesario que los profesores y personal tengan una educación nutricional lo más extensa posible. Idealmente, toda la familia debe compartir una misma alimentación sana, que debe ampliarse a los comedores y bares escolares.

La tradición influye sobre la selección de determinados alimentos, como también en la forma de combinarlos y prepararlos. Así surgen los platos tradicionales o típicos, que son los que se preparan para festejar diferentes festividades que pertenecen al folclore regional, como también eventos sociales (bodas, cumpleaños, aniversarios) o celebraciones como Navidad y Año Nuevo. (2)

D. IMAGEN CORPORAL

La preocupación por la imagen corporal es habitual en la adolescencia, muchos adolescentes consideran que tienen sobrepeso aunque su peso es normal, lo que indica un trastorno de su imagen corporal. Los datos de YouthRiskSiurvey (YRBS) de 2003 muestran que el 30% de los adolescentes se identifican a sí mismos como con sobrepeso a pesar que solo el 13.5% lo tenían. El trastorno de la imagen es más frecuente en las niñas blancas e hispanas que en los niños de los demás grupos raciales.

Los adolescentes tienden a consumir menos calorías o menos grasa para adelgazar o evitar ganancia de peso, otros se dedican a hacer ejercicio, estas conductas pueden considerarse adecuadas si se usan con moderación y pueden ser punto de partida para la educación y el asesoramiento nutricional o para mejorar las conductas alimentarias.

Sin embargo, no todas las conductas relacionadas con dietas pueden mejorar la salud. Muchos adolescentes usan dietas de alto riesgo que tienen el peligro de

conducir a un mal estado nutricional y de incrementar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. (3)

Desde el punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en la percepción de satisfacción – insatisfacción de la imagen o funcionamiento cortical. Estas son importantes para comprender la integridad o deterioro del funcionamiento psíquico, más no explican la vivencia o experiencia de la imagen corporal completa, por ello es necesaria una concepción más dinámica que nos define la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. La representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el auto concepto.

Vemos pues, que la percepción del propio cuerpo podrá presentar unas características diferenciadas a las de la percepción de otros objetos que no tendrán el mismo valor para el observador. Podemos decir, que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995). O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos y aspectos conductuales de la misma forma que

nos concibe el constructo de imagen corporal (Thompson, 1990) constituido por tres componentes: Un componente perceptual, un componente subjetivo (cognitivo-afectivo) y un componente conductual.

En resumen podemos decir que la imagen corporal es un constructo complejo que incluye la percepción que tenemos de todo el cuerpo de forma global, como la que tenemos de cada una de sus partes, de su movimiento, de los límites de este movimiento, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y en el modo de comportarnos como consecuencia de las cogniciones y de los sentimientos que experimentamos.

1. PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen que uno tiene de sí mismo es una visión desde dentro de su apariencia física. Esta visión o percepción de la imagen corporal le puede ser satisfactoria o por lo contrario producirle malestar, es lo que se llama insatisfacción corporal. Este malestar por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar y que puede degenerar en el inicio de la mayor parte de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). “En el contexto de los TCA, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre cuerpo percibido y cuerpo ideal.” (Toro, 2004:181).

El modelo de cuerpo ideal es el que ha ido interiorizando gracias a los referentes socioculturales occidentales, donde el modelo corporal es delgado, este es para el adolescente su modelo de cuerpo. En la adolescencia el cuerpo cambia, se redondea, adquiriendo más masa muscular en los chicos y grasa sobre todo en las chicas preparándoles así para la maternidad. Tenemos pues, la construcción de un cuerpo que se aleja de las referencias señaladas socioculturalmente. Cuanto más alejado esté su cuerpo del modelo corporal ideal que haya interiorizado, más probable es que exista en su interior desasosiego, preocupación, malestar; comenzando el camino hacia la insatisfacción de la imagen corporal.

Así pues, la visión, la percepción, la representación mental del propio cuerpo – imagen corporal–, la alusión al propio cuerpo, suscitará ansiedad, poca o mucha o ninguna de acorde con el grado de discrepancia entre la imagen corporal y el modelo corporal ideal. Y su autoimagen general como persona, su autoestima, va a depender en gran parte del grado alcanzado por esa insatisfacción o satisfacción corporal. (3)

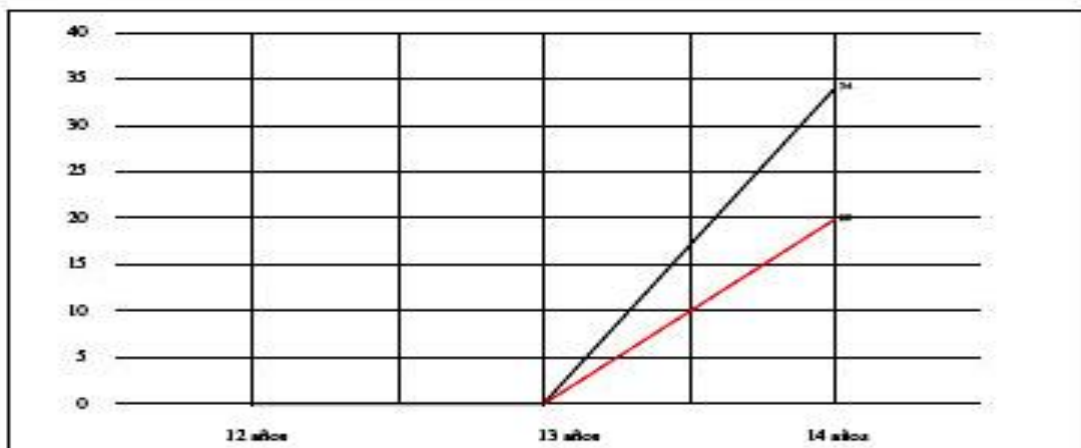
Las investigaciones en las que se ha estudiado la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes se han realizado en población femenina, por ser la población que con más frecuencia presenta este problema, son escasos los que han incluido a los hombres (Álvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro & Mancilla 2003). Sin embargo, distintos estudios realizados han demostrado que tanto los hombres como las mujeres presentan conductas de riesgo alimentario, donde

mencionan que las mujeres estudiantes, con una alta frecuencia presentan conductas de riesgo alimentario, como vómito auto inducido, ayuno, sobrevaloración de la importancia del peso y la figura corporal como satisfactores personales y dieta restrictiva.

Por su parte, los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, lo que se traduce en una presión significativa para los miembros de una sociedad, por la importancia que se concede al atractivo para triunfar en todas las áreas.

La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones.

Por tal motivo como se aprecia en la [Figura 1](#), la edad en la que se presenta el riesgo de casos de insatisfacción con la imagen corporal es a los 14 años, con una mayor prevalencia en las mujeres. (4)



E. VALORACION NUTRICIONAL.

Existen varios métodos para medir la cantidad de masa grasa corporal como son: mediciones antropométricas basadas en el peso y estatura, determinación de pliegues cutáneos, técnicas de impedancia bioeléctrica.

Cada uno de estos métodos se caracteriza por tener un costo determinado, complejidad y exactitud. Los métodos clínicos, con la realización de medidas antropométricas y utilización de diferentes índices como el de la masa corporal o BMI se hallan entre los más asequibles, menos costosos y que tienen una exactitud relativa bastante aceptable comparada con los otros métodos.

La evaluación del estado nutricional forma parte de la evaluación de la salud del adolescente y debe incluir:

- Encuesta alimentaria o historia dietética
- Examen físico, incluyendo antropometría

La historia dietética no se utiliza como medio diagnóstico, sino como fuente complementaria de información, para ser estudiada conjuntamente con el resto de los datos. Esta técnica tiene muchas limitaciones ya que es muy difícil conocer exactamente la composición de cada uno de los alimentos ingeridos y la incapacidad para recordar los tipos y cantidades de alimentos ingeridos.

Existen muchos métodos empleados, aunque es aconsejable realizar dos de estos:

- Encuesta de 24 horas.
- Cuestionarios selectivos de frecuencias.
- Diario dietético durante 5-7 días.
- Control de compras y consumo de alimentos.

La información obtenida debe ser transformada en términos de cantidades de nutrientes y energía, esto se puede llevar a cabo utilizando unas tablas de composición de alimentos.

La anamnesis nutricional proporciona antecedentes de gran ayuda en la evaluación del estado nutricional, pero por si sola no permite formular un diagnóstico. (5)

a) REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

En este punto se recogen los datos de identidad, antecedentes familiares y personales, tratamiento farmacológico y se debe realizar una adecuada exploración física. Se debe prestar especial atención a la piel, pelo, dientes, lengua, encías, labios y ojos, al ser zonas de elevada capacidad de regeneración y en las que se podrían encontrar signos tempranos de malnutrición, el informe psicosocial, el estilo de vida, la situación económica, el ambiente cultural y los factores étnicos, también tienen gran influencia sobre los patrones nutritivos.

b) ÍNDICE DE MASA CORPORAL

(IMC – BMI) llamado también de Quetelet, es el método más usado en la detección del sobrepeso, obesidad, normalidad, o bajo peso y no necesita de la utilización de

tablas de referencia. Se calcula dividiendo el peso corporal medido en kg. Para la talla del individuo en metros al cuadrado (kg/m^2).

El BMI puede ser utilizado para clasificar la obesidad y también para el cálculo del peso ideal.

Valoración	
DESVIOS ESTANDAR	
Normalidad	-2 DE-+1DE
Sobrepeso	+1 DE-+2DE
Obesidad	>+2DE
Delgadez	<-2DE

Tabla del Índice de Masa Corporal normal para adolescentes mujeres. (5)

Edad (años)	IMC normal
14	22.6
15	23.4
16	24.2
17	24.7
18	24.9

F. PROBLEMAS O TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente en las mujeres adolescentes con una incidencia que varía entre el 1,5% y el 5%. La prevalencia de estos trastornos ha aumentado en los tres últimos decenios, y aunque se diagnostica con más frecuencia en las mujeres que en los varones, ocurre en ambos géneros.

a) ANOREXIA NERVIOSA

La OMS da la siguiente definición “La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. Este trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones también pueden verse afectados los varones.

En este trastorno existe una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con carácter de idea obsesiva, de miedo intenso a engordar, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite corporal”.

La anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentre por debajo de lo recomendado.

Las características de este trastorno son: la búsqueda fanática del peso más bajo posible; pérdida de peso corporal del 15% o más; fobia al aumento de peso o la obesidad; distorsión de la imagen corporal, amenorrea y negación por parte de la paciente de la gravedad de su desnutrición.

Los desórdenes o trastornos alimenticios pueden afectar a personas de cualquier edad, pero son mucho más frecuentes en los adolescentes en torno a los 12 años, si bien la población más afectada se encuentra entre los 14 y 18 años.

Normalmente comienzan con la eliminación de los hidratos de carbono, ya que existe la falsa creencia de que engordan. A continuación rechazan las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema. Esta enfermedad suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento de la conducta emocional, es más frecuente en la clase media y alta. (6)

b) PRINCIPALES CAUSAS DE LA ANOREXIA

Aunque hay muchos factores socioculturales que pueden desencadenar la anorexia, es probable que una parte de la población tenga una mayor predisposición física a sufrir este trastorno, independientemente de la presión que pueda ejercer el entorno. Por ello existen los factores generales que se asocian a un factor desencadenante o cierta vulnerabilidad biológica, que es lo que precipita el desarrollo de la enfermedad.

La propia obesidad del enfermo, obesidad materna, muerte o enfermedad de un ser querido, separación de los padres, alejamiento del hogar, fracasos escolares, accidentes, sucesos traumáticos.

c) BULIMIA

La OMS da la siguiente definición “Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar o tomar purgantes o laxantes. Este trastorno comparte muchos rasgos característicos psicológicos con la anorexia nerviosa, incluyendo una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal”. Es una enfermedad que aparece más en las mujeres que en los hombres, que aparece en la adolescencia y dura muchos años. La base de este problema psicológico se fundamenta en el deseo de no engordar. Aunque no resulta tan grave como la anorexia nerviosa, produce trastornos graves de la salud que pueden incluso producir la muerte. (6)

d) OBESIDAD

La OMS considera a la obesidad como un nuevo síndrome de emergencia mundial cuyo aumento se traduce en repercusiones negativas sobre la calidad de vida. Definiendo la obesidad de forma estricta diremos que es un exceso acumulado de grasa corporal, en un grado tal que produce alteraciones en la salud.

Esta enfermedad implica un incremento de células adiposas, tanto en su tamaño como en su número. “El incremento se debe a la ingestión de nutrientes energéticos en cuantías tales que sobrepasan los requerimientos de energía que demanda el organismo. Todos los macro nutrientes generadores de energía, sean carbohidratos, grasas, proteínas o cuando son ingeridos en exceso provocan adiposidad”.

La práctica cada vez más generalizada de ingesta de alimentos llamados chatarra con alto contenido energético que no aportan calcio y predisponen al sobrepeso en la mayoría de las comidas y sobre todo en las meriendas y el hábito de saltarse el desayuno.

Se considera que la proporción normal de tejido graso en los varones es de 15 a 20%, y en mujeres, de 20 a 25%. En obesos la masa corporal puede tener hasta 50% de tejido graso.

En los adolescentes de los países industrializados, la obesidad es el trastorno nutricional y metabólico más frecuente afectando de forma aproximada a 1 de cada 6 niños a nivel europeo, en los EEUU 15,5% entre los 12 y 19 años con distribución similar por sexos. Los valores españoles de sobrepeso en niños y adolescentes son del 26,3%. En países como Chile, o México indican que una quinta parte de los adolescentes son obesos. (7)

Dentro de los factores sociales que determinan obesidad las condiciones socioeconómicas (CSE) es uno de los más estudiados, permiten confirmar en forma contundente que las condiciones socioeconómicas son una determinante de la

obesidad. Esos estudios, mostraron que niños y niñas nacidas en un medio de CSE bajas, tenían más exceso de peso en la edad adulta que los niños de una CSE alta. La explicación de estos hallazgos es que la relación de la CSE con la obesidad es bidireccional.

En los pobres la obesidad se asocia a episodios de desnutrición en la edad temprana, incluso durante la vida intrauterina. Estas carencias generan una respuesta de adaptación al escaso aporte que, en sucesivas etapas de mejor ingesta dan como resultado un aumento de peso. La obesidad en estos individuos se relaciona con sobre ingesta acompañada de deficiencias nutricionales por consumo de alimentos con elevada densidad energética y bajo poder nutricional.

e) CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD.

La obesidad acarrea consecuencias a corto y medio plazo en la infancia y adolescencia, así como a largo plazo en la vida adulta.

- **Consecuencias tempranas:** alteraciones en la apariencia física; consecuencias psicosociales; alteraciones metabólicas; síndrome de apnea del sueño; alteraciones en la piel, infecciones de las vías respiratorias superiores; incremento en la presión arterial e hipertensión; impedimentos físicos.

- **Consecuencias tardías:** persistencia de co-morbilidades tempranas; obesidad en la adultez; enfermedades cardiovasculares, cáncer; problemas respiratorios. Se asocia la obesidad infantil con altos niveles de los lípidos plasmáticos (Apo-AI Apo-B, colesterol total, LDL y triglicéridos) y con bajo nivel de HDL, que constituye un riesgo de enfermedad coronaria.

Así como también hay un creciente aumento de diabetes a nivel mundial. Esto crea escenarios que conducen a problemas devastadores como la enfermedad isquémica del corazón, insuficiencia renal, ceguera y amputación de miembros en los diabéticos.

El tratamiento de la obesidad en los adolescentes es difícil y está lleno de resultados frustrantes debido a que la reducción prolongada de peso es catabólica y podría afectar el crecimiento y la maduración. Una gran proporción de los sujetos regresa al punto de partida con la carga psicológica adicional de no haber logrado su objetivo.

El adolescente obeso no siempre necesita la psicoterapia, solo si tiene problemas sociales o en la escuela. El tratamiento quirúrgico no es aconsejable en los adolescentes.

IV. METODOLOGIA

A.- LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

El estudio se realizó en la Unidad Educativa María Auxiliadora de la Ciudad de Riobamba en un periodo de 4 meses.

B.- VARIABLES

1. IDENTIFICACIÓN

- Características generales del grupo.
- Estado Nutricional.
- Comportamiento Alimentario.
- Insatisfacción con la Imagen Corporal.
- Consideración de su peso.

2.- DEFINICION

- **Edad.** De los estudiantes, años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la toma de datos.
- **Con quien vive** (padres, abuelos, tíos, solos. Otros)
- **Nivel de Inserción Social:** Dado por: Estrato Social medio alto, Estrato Social medio, Estrato Social popular alto, Estrato Social popular bajo.
- **Estado Nutricional:** Se valoró mediante el índice de masa corporal para la Edad (IMC//EDAD) peso Kg / talla cm² y se comparó con las tablas de IMC para niños y adolescentes de la OMS 2007 de 5 a 19 años, expresadas en desvíos estándar.
- **Comportamiento alimentario:** diagnóstico de conductas y comportamientos, dónde se evaluó la manera, o forma de alimentación.
- **Satisfacción de la imagen corporal:** determinando el grado de satisfacción con la imagen corporal (Muy satisfecho, poco satisfecho, insatisfecho).

- **Consideración de su peso** si consideraban su peso como normal, bajo peso, sobrepeso, obesidad.

3.- OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA
CARACTERISTICAS GENERALES Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Continua 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Años

<p>Con quien vive</p>	<p>➤ Ordinal</p>	<p>➤ Madre ➤ Padre ➤ Madre y Padre ➤ Otros</p>
<p>Nivel de Inserción Social</p>	<p>➤ Ordinal</p>	<p>➤ Estrato Social medio alto ➤ Estrato Social medio ➤ Estrato Social popular alto ➤ Estrato Social popular bajo</p>
<p>ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>PESO</p> <p>TALLA</p> <p>IMC//E</p> <p>% Masa Grasa</p>	<p>• Continua</p> <p>• Continua</p> <p>• Continua</p> <p>• Continua</p>	<p>➤ Kg.</p> <p>➤ cm.</p> <p>➤ Normalidad -2DE--+1DE ➤ Sobrepeso +1DE--+2DE ➤ Obesidad >+2DE ➤ Delgadez < -2DE</p> <p>➤ Porcentaje PUNTOS DE CORTE</p>

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de porciones alimentarias (Tamaño) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pequeña ➤ Mediana ➤ Grande
<ul style="list-style-type: none"> • Número de comidas que consume al día 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 Por día ➤ 3 Por día ➤ 4 Por día ➤ 5 Por día
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alimentos light o diet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alimentos en situaciones de ansiedad, soledad, depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal 	<p>Frecuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ A veces ➤ Nunca
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos considerados buenos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipos de alimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos considerados malos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipos de alimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia de alimentos y/o preparaciones en el bar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentos o preparaciones que prefiere consumir.
<p>SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal 	<p>Grado de satisfacción con la imagen corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Muy satisfecho ➤ Poco satisfecho ➤ Insatisfecho

	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<p>Se ha sentido mal con su figura que incluso ha llorado por ello.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<p>Se ha sentido acomplexado/a por su cuerpo?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal 	<p>Verse reflejado/a en un espejo, ¿le hace sentir mal respecto a su figura.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No
<p>CONSIDERACION DE SU PESO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Normal ➤ Bajo peso ➤ Sobrepeso ➤ Obesidad

C.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Es un estudio No Experimental, descriptivo de tipo transversal.

D.- POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

Se trabajó con la Población de adolescentes de la Unidad Educativa María Auxiliadora entre 14 y 18 años del cantón Riobamba, que es de 452 estudiantes según datos proporcionados en la Institución.

Muestra

La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo simple cualitativo mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * P * Q}{(N - 1) (E / Z)^2 + P*Q}$$

n= Tamaño de la muestra

N= Universo (452)

P=Variable positiva (0,5)

Q= Variable negativa (0,5)

E= error (8% = 0,08)

Z= varianza (1,75)

$$n = \frac{452 * 0,5 * 0,5}{(452-1)(0.08/1,75)^2 + 0,5 * 0,5}$$

$$n = \frac{113}{1,19} = 94$$

Según el cálculo estadístico el estudio se realizó en 94 adolescentes pertenecientes al bachillerato de la Unidad Educativa "María Auxiliadora", las mismas que serán seleccionadas en forma aleatoria.

E.- DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

1. El acercamiento se realizó mediante un oficio dirigido a la rectora Sor Luisa Lozado de la Unidad Educativa "María Auxiliadora" para la respectiva autorización y coordinación para el trabajo en la unidad educativa. ANEXO 1.
2. La información se recolectó en las adolescentes por medio de una encuesta semiestructurada elaborada de acuerdo a los indicadores de cada variable propuesta y con la toma de datos antropométricos (peso, talla, %masa grasa) ANEXO 2.
3. Para la toma de medidas antropométricas se utilizó los siguientes equipos:
 - Obtención de peso: Una balanza de bioimpedancia, marca Tanita, de una capacidad de 300 kg. El peso expresa la masa corporal total sin diferenciar los diferentes compartimientos, la adolescente estuvo de pie, en ropa muy liviana y sin calzado. La misma estuvo parada en el centro de la balanza con los pies juntos y sin apoyo alguno.
 - Obtención talla: Un tallímetro de dirección inversa, marca seca. Se tomo con la adolescente de pie, de espalda al tallímetro, descalza, erguida con la cabeza derecha y la mirada al frente, en la posición Francfort esto

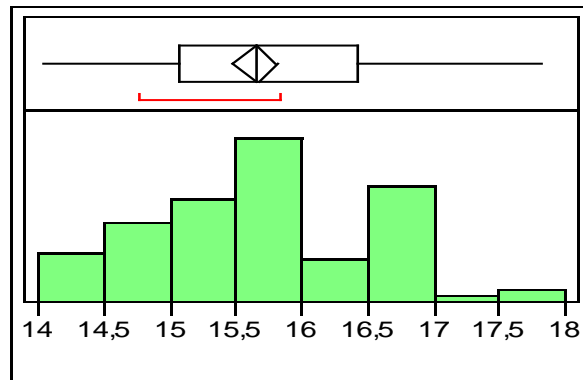
significa que el arco orbital inferior debe estar alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja. Se desciende el plano superior del tallímetro hasta el vértex parte superior de la cabeza. La medida dada se expresa en cm.

- Obtención % masa grasa: Una balanza de bioimpedancia, marca Tanita, de una capacidad de 300 kg. Incluye todos los lípidos tanto del tejido adiposo como de los otros tejidos, constituye la grasa de depósito que es la reserva energética del organismo.
4. Para la esquematización de resultados, se elaboró una base de datos en Excel la cual se transportó al software estadístico JMP 5.1 para la elaboración de las tablas y gráficos respectivos.
 5. Se interpretaron los datos obtenidos.
 6. El análisis bivariado o cruce de variables consistió en identificar la relación entre dos o más variables y posibilitar el análisis de estas variables mediante tablas y gráficos para medir la probabilidad de las adolescentes con insatisfacción corporal y para determinar si sus diferencias son estadísticamente significativas.
 7. La insatisfacción de la Imagen Corporal se midió mediante la percepción de las adolescentes, es decir se tomó como base a una de ellas para que manifiesten sus interrogantes acerca de la Imagen Corporal la cual fue plasmada en una encuesta semiestructurada en la que constó tanto preguntas abiertas, como preguntas cerradas.

V. RESULTADOS

A. CARACTERISTICAS GENERALES

Gráfico1. Distribución de la población según edad.



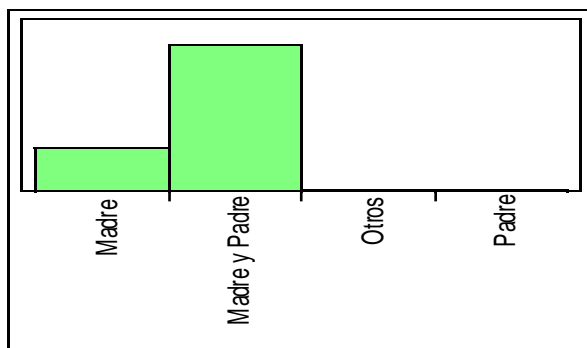
Edad (años)

Valor máximo	17,8
Valor mínimo	14,0
Mediana	15,6
Promedio	15,6
Desviación estándar	0,8

La población según edad se encontró un valor máximo de 17,8 años un valor mínimo de 14 años y una desviación estándar de 0,8 años.

La distribución de la variable fue simétrica ya que el promedio (15,6 años) es igual que la mediana (15,6 años).

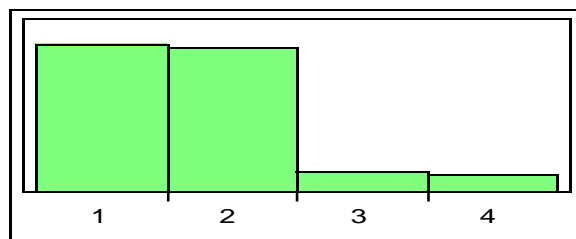
Gráfico2. Distribución de la población según Con quien vive.



Con quien vive	Número	Porcentaje (%)
Madre	21	22,34
Madre y Padre	71	75,53
Otros	1	1,06
Padre	1	1,06
Total	94	100

La mayor parte de las adolescentes encuestadas provienen de familias estructuradas donde madre y padre viven en el hogar, es importante mencionar que existe un porcentaje sumamente bajo en relación a las adolescentes que viven con otros miembros de la familia.

Gráfico3. Distribución de la población según Nivel de Inserción Social.

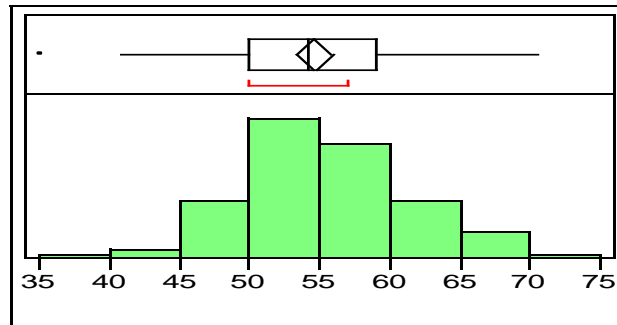


Nivel	Número	Porcentaje (%)
1(Estrato Social medio alto)	42	44,7
2 (Estrato Social medio)	41	43,6
3(Estrato Social popular alto)	6	6,4
4(Estrato Social popular bajo)	5	5,3
Total	94	100

El 44,7% de las adolescentes se distribuyen entre el estrato medio alto, el 43,6% corresponden al estrato medio con predominio del estrato medio alto, este último en función de que disponen de casa propia, las adolescentes que se ubican en el estrato popular bajo no disponen de vivienda propia ni de otras posibilidades de generación económica, las adolescentes que se ubican en el estrato medio alto disponen de una mayor cantidad de bienes.

B. ESTADO NUTRICIONAL

Gráfico4. Distribución de la población según Peso (kg).



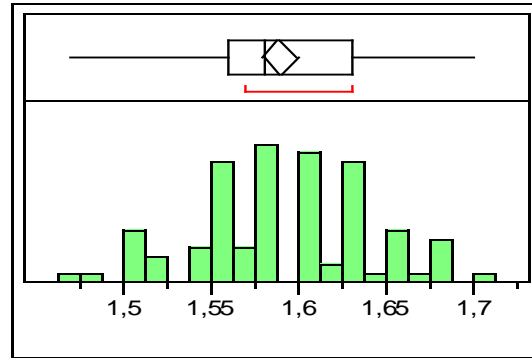
Peso (kg)

Valor Máximo	70,5
Valor Mínimo	35,4
Mediana	54,1
Promedio	54,6
Desviación Estándar	6,2

En la distribución de la población según peso se encontró un valor máximo de 70,5 kg un valor mínimo de 35,4 kg y una desviación estándar de 6,2 kg.

La distribución fue asimétrica con una desviación positiva ya que el promedio (54,6 kg) es mayor que la mediana (54,1kg).

Grafico5. Distribución de la población según Talla (m).



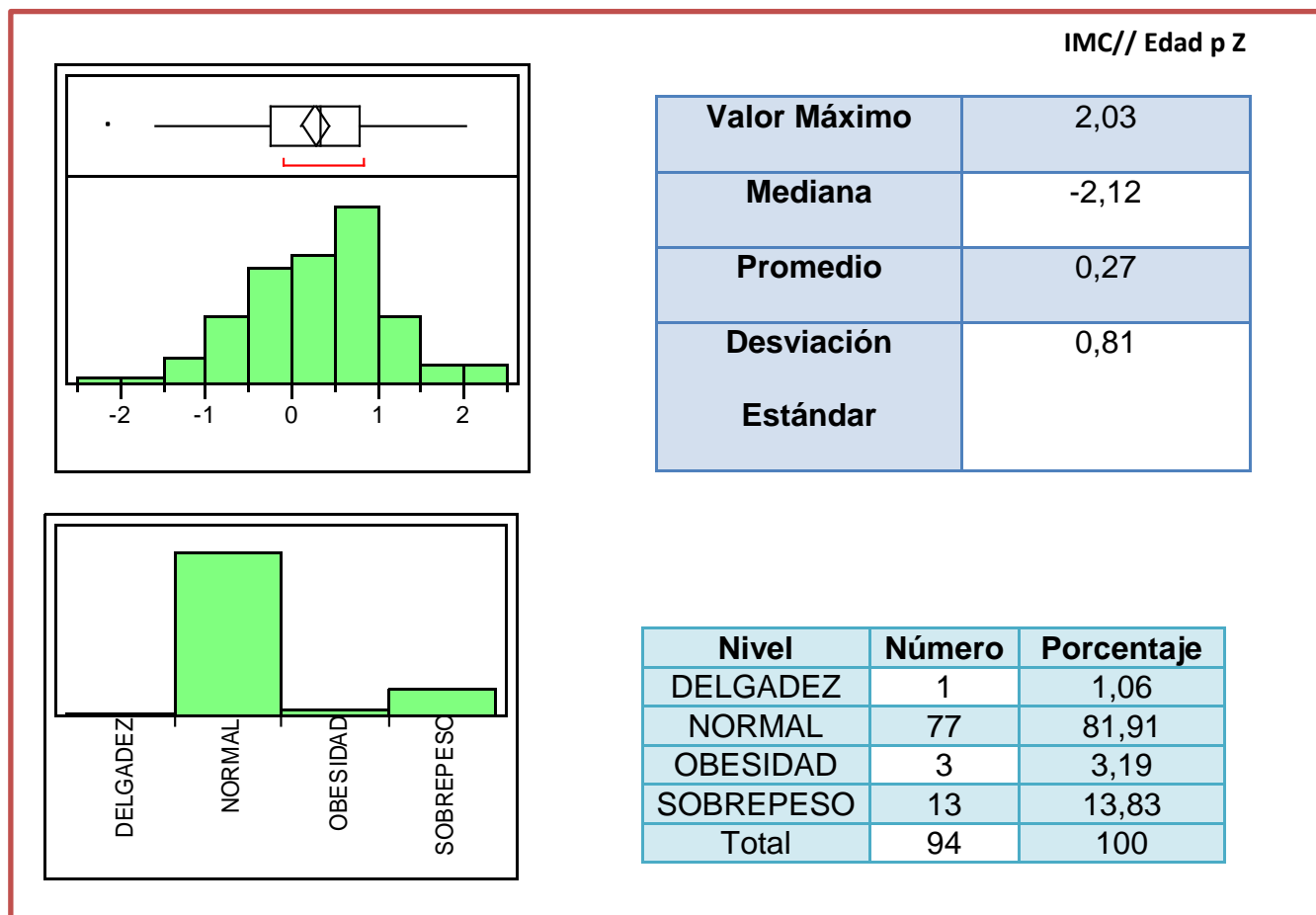
Talla (m)

Valor Máximo	1,70
Valor Mínimo	1,47
Mediana	1,58
Promedio	1,59
Desviación Estándar	0,06

En la distribución de la población según Talla se encontró un valor máximo de 1,7 m un valor mínimo de 1,4 m y una desviación estándar de 0,06 m.

La distribución fue asimétrica con una desviación positiva ya que el promedio (1,59 m) es mayor a la mediana (1,58 m).

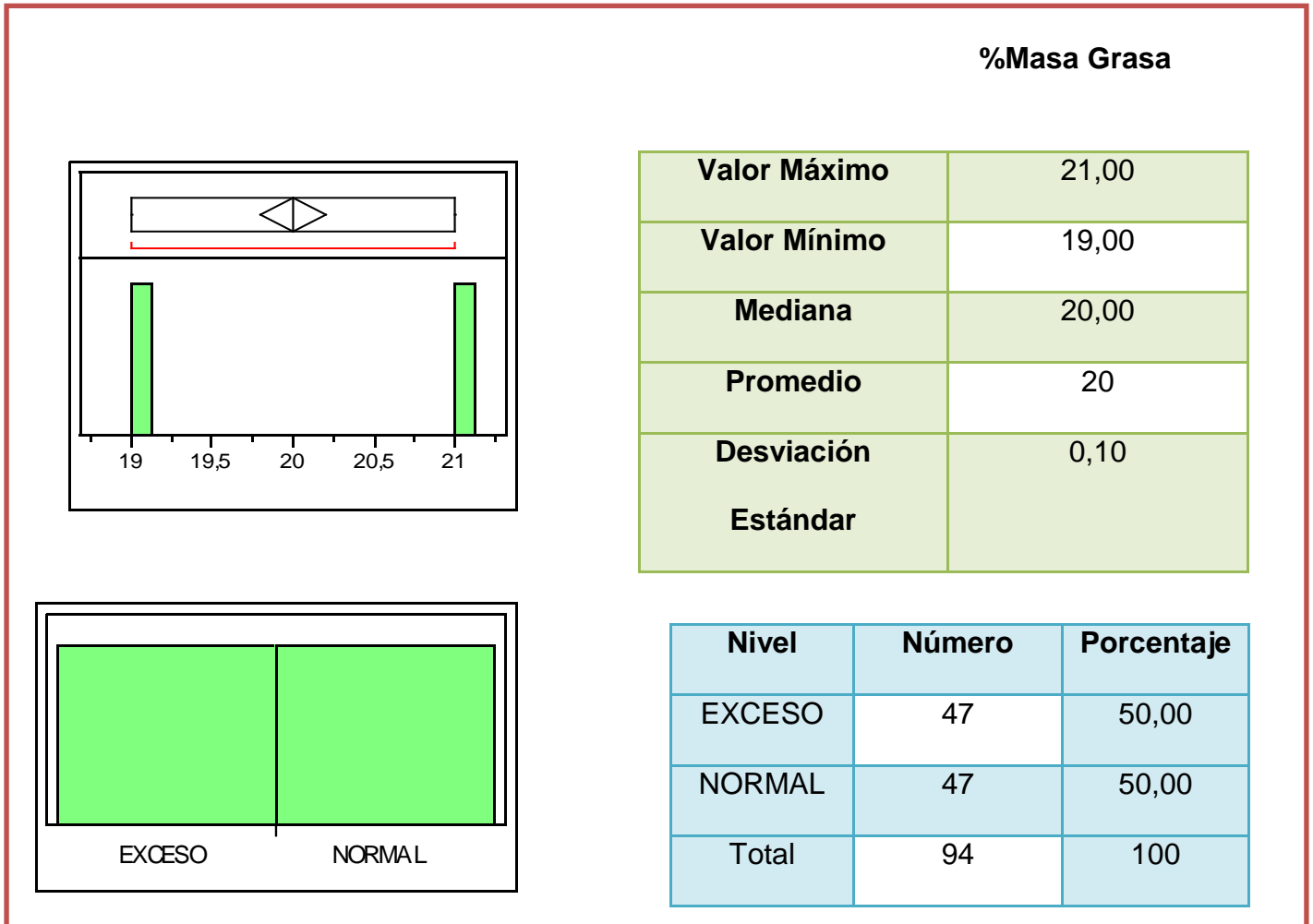
Gráfico6. Distribución de la población según Estado Nutricional (IMC//E).



La población según Puntaje Z IMC//E se encontró un valor máximo de 2,03 DE un valor mínimo de -2,1 DE y una desviación estándar de DE. La distribución de la variable fue asimétrica con una desviación negativa ya que el promedio (0,27 DE) es menor que la mediana (DE).

El 17,02% del grupo en estudio tiene algún grado de sobrepeso y obesidad debido principalmente a la inactividad física y al excesivo consumo de alimentos fuentes de carbohidratos, mientras que el 1,06% tienen delgadez, convirtiéndolos en un grupo vulnerable y el 81,9% se encuentran dentro de los parámetros normales.

Gráfico7. Distribución de la población según Estado Nutricional (% Masa Grasa).

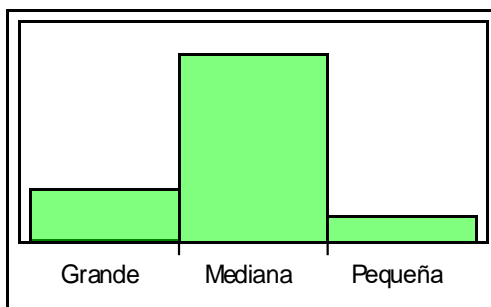


La población según % de Masa Grasa se encontró un valor máximo de 21% un valor mínimo de 19% y una desviación estándar de 0,10 %. La distribución de la variable fue simétrica ya que el promedio (20 %) es igual a la mediana (20 %).

En un mismo porcentaje encontramos a la población tanto en exceso como en normal.

C. COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

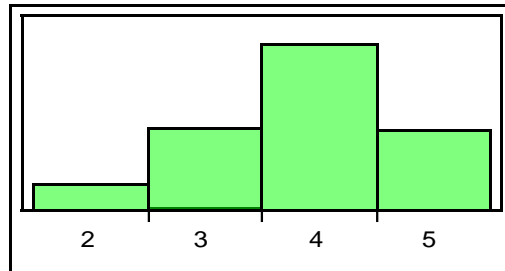
Gráfico8. Distribución de la población según el Tamaño de porciones de los alimentos.



Tamaño de porción consumida	Número	Porcentaje (%)
Grande	19	20,21
Mediana	66	70,21
Pequeña	9	9,57
Total	94	100

Las adolescentes encuestadas en su gran mayoría refieren que las porciones que acostumbran consumir son medianas, las adolescentes que consumen porciones grandes manifiestan que su consumo responde a las necesidades nutricionales ya que practican algún deporte o porque están creciendo, mientras que las adolescentes que consumen porciones pequeñas justifican su comportamiento en función de bajar de peso o no presentar apetito.

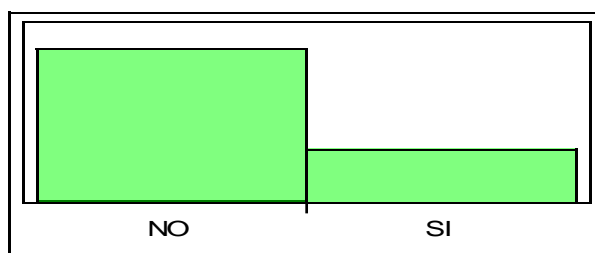
Gráfico9.Distribución de la población según el Número de comidas que consume al día.



Número de comidas al día	Número	Porcentaje (%)
2	7	7,44
3	22	23,40
4	44	46,80
5	21	22,34
Total	94	100

La cultura alimentaria se caracteriza por tener una dieta en base a 3 tiempos de comida, sin embargo la mayor parte de los adolescentes consumen 4 comidas al día, lo recomendado es 5 tiempos de comida, el 7,4 % de las adolescentes acostumbra a consumir 2 tiempos de comida, provocando ayuno prolongado nocivo para la salud, siendo la premisa de este comportamiento el deseo de bajar de peso.

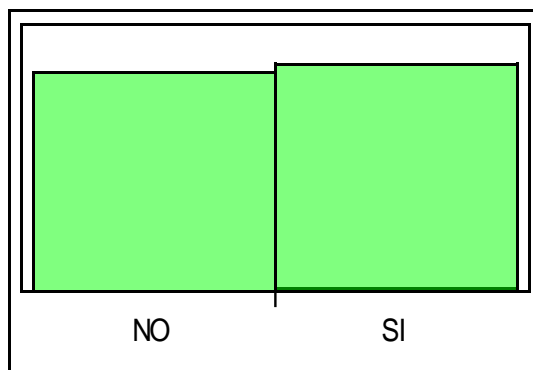
Gráfico10. Distribución de la población según Consumo de alimentos light o diet.



Consumo alimentos light o diet	Número	Porcentaje (%)
NO	70	74,46
SI	24	25,53
Total	94	100

Las alumnas encuestadas en su mayoría, no acostumbran consumir alimentos light o diet, solo un 25,53% lo hacen ya sea porque piensan que con el consumo de estos alimentos se pierde peso sin realizar actividad física y sin disminuir cantidades de alimentos.

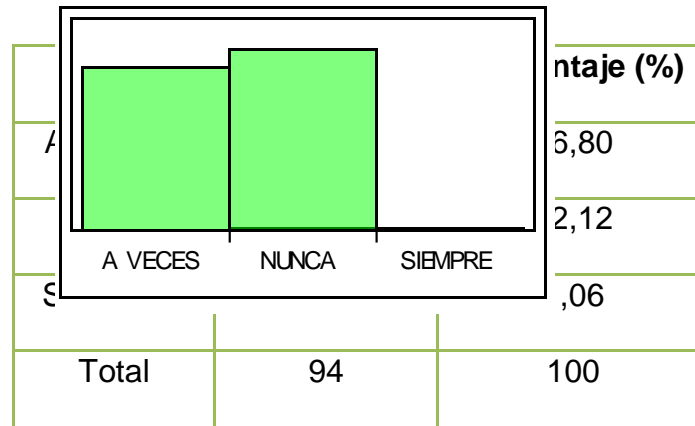
Gráfico11. Distribución de la población según Consumo de Alimentos en situaciones de ansiedad, soledad, depresión.



Consumo de Alimentos	Número	Porcentaje (%)
NO	46	48,93
SI	48	51,06
Total	94	100

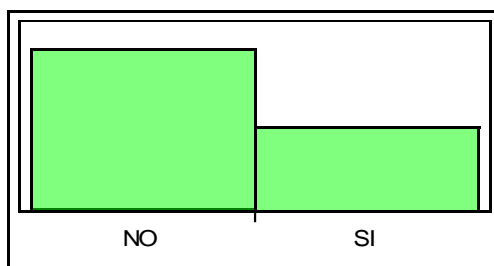
La mayor parte de las adolescentes encuestadas si consumen alimentos en situaciones de ansiedad, soledad, depresión con un porcentaje de 51,06% ocasionado un signo de trastorno alimentario, seguidas muy de cerca por aquellas que no consumen alimentos en situaciones de ansiedad, soledad, depresión con un porcentaje de 48,93%.

Gráfico12. Distribución de la población según Realiza Ayuno.



Entre las adolescentes encuestadas un bajo porcentaje realizan ayuno intencionado, manifestando que esta práctica sirve para bajar de peso, aumentando el riesgo de presentar patologías gástricas y cambiar el metabolismo, las adolescentes están en una fase de crecimiento y este comportamiento altera su desarrollo normal por deficiencia nutricional.

Gráfico13. Distribución de la población según Sentimiento de culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos.



Sentimiento de Culpa	Número	Porcentaje (%)
NO	62	65,95
SI	32	34,04
Total	94	100

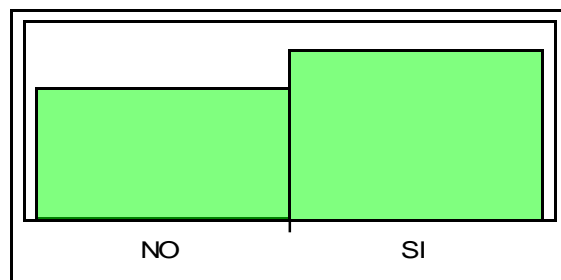
El 65,95% de las adolescentes no refieren tener sentimiento de culpa al ingerir grandes cantidades de alimentos, el 34,04% si presentan este sentimiento manifestándolo con iras, miedo de engordar, inducción al vómito, sentimiento que constituye una de las principales manifestaciones de desórdenes alimentarios.

Gráfico14. Alimentos considerados buenos, malos y preferencias alimentarias en las adolescentes.

ALIMENTOS CONSIDERADOS BUENOS	ALIMENTOS CONSIDERADOS MALOS	ALIMENTOS QUE PREFIERE CONSUMIR EN EL BAR:
LEGUMBRES	POLLO FRITO	YOGUR CON CORNFLAKES
FRUTAS	PAPAS FRITAS	EMPANADAS DE POLLO
VERDURAS	HAMBURGUESAS	GALLETAS
CARNES BLANCAS	MAYONESA	JUGOS EN BOTELLA
HORTALIZAS	HELADOS	SANDUCHES
GRANOS	PASTEL	FRUTAS
AGUA	COLAS	CHIFLES
LACTEOS	ENLATADOS	TE
CEREALES	DULCES	PIZZA

En el cuadro se presentan los alimentos que las adolescentes consideran buenos y malos, entre los que consideran buenos se encuentran todos los grupos de alimentos con excepción de aceites, y en los que consideran malos se encuentran los alimentos fuentes de grasas y fuentes de carbohidratos, relacionando las adolescentes que malos son los alimentos calóricamente elevados. En el cuadro también se observó los alimentos que prefieren consumir en el bar del colegio y la mayoría de estos alimentos o preparaciones son las que consideran malos, sin embargo son las que más se expenden en el bar del establecimiento.

Gráfico15. Distribución de la población según ha intentado bajar de peso.

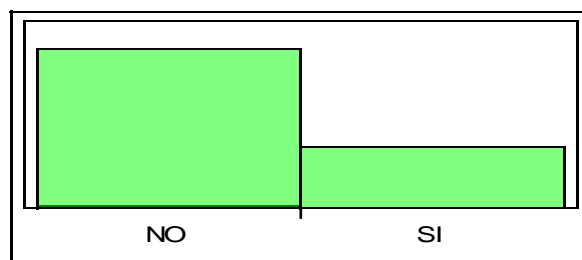


Bajar de peso	Número	Porcentaje (%)
NO	41	43,61
SI	53	56,38
Total	94	100

El 56,3% de las adolescentes han intentado bajar de peso mediante dietas y ejercicio todos los días, el 43,6 % no lo han intentado de ninguna manera.

D. IMAGEN CORPORAL

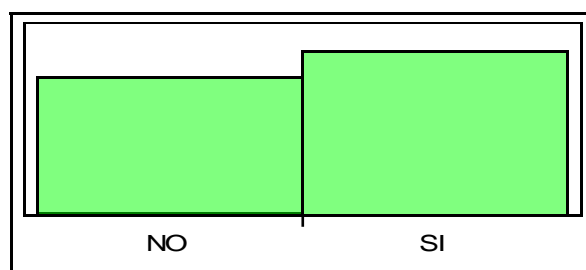
Gráfico16. Distribución de la población según Se ha sentido mal con su figura que incluso ha llorado por ello.



Se ha sentido mal con su figura	Número	Porcentaje (%)
NO	68	72,34
SI	26	27,66
Total	94	100

La mayor parte de las adolescentes encuestadas no se han sentido mal con su figura, ya que su autoimagen general como persona esta relacionada con su gran autoestima, además de la percepción y el sentimiento de autorespeto hacia su cuerpo.

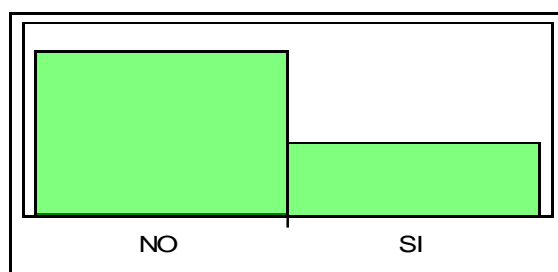
Gráfico17. Distribución de la población según se ha sentido Acomplejada por su cuerpo.



Acomplejada por su cuerpo	Número	Porcentaje (%)
NO	43	45,74
SI	51	54,25
Total	94	100

Las adolescentes encuestadas que si se sienten acomplejadas por su cuerpo representan un porcentaje del 54,2%, en tanto las que no representan un porcentaje del 45,7% rescatando de esta manera que están conformes en cuanto a su apariencia física.

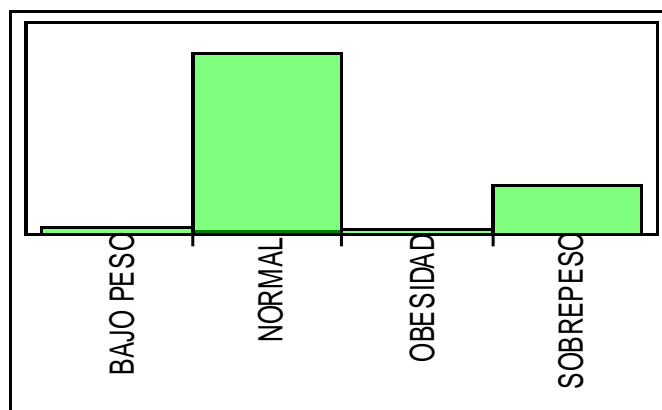
Gráfico18. Distribución de la población según Verse en un espejo le hace sentir mal respecto a su figura.



Verse en un espejo	Número	Porcentaje (%)
NO	65	69,149
SI	29	30,851
Total	94	100

Las adolescentes encuestadas en su mayoría manifiestan no sentirse mal al ver reflejada su figura en un espejo ya que lo relacionan con exceso y déficit en la ingesta de alimentos, con el cuerpo, la figura moderna y la influencia publicitaria en la adolescencia.

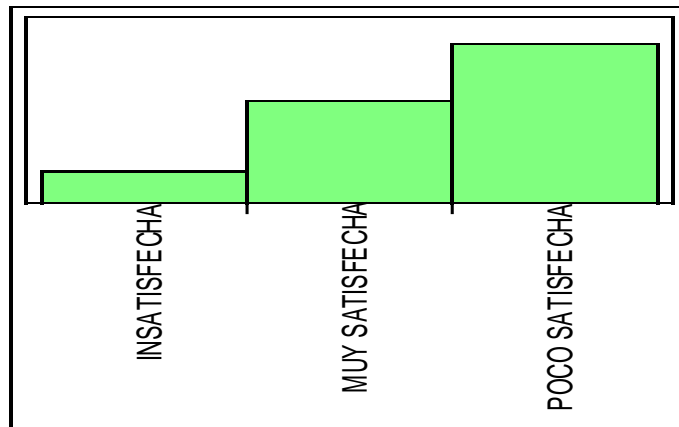
Gráfico19. Distribución de la población según Consideración de su Peso.



Consideración de su Peso	Número	Porcentaje (%)
BAJO PESO	3	3,19
NORMAL	70	74,46
OBESIDAD	2	2,12
SOBREPESO	19	20,21
Total	94	100

El 3,1% de las adolescentes encuestadas se consideran con bajo peso, con un porcentaje del 2,1% encontramos aquellas que consideran tener obesidad, el 20,2% las que se consideran tener sobrepeso y el 74,4 % aquellas que consideran tener un peso normal.

Gráfico20. Distribución de la población según Grado de Satisfacción de Imagen Corporal.

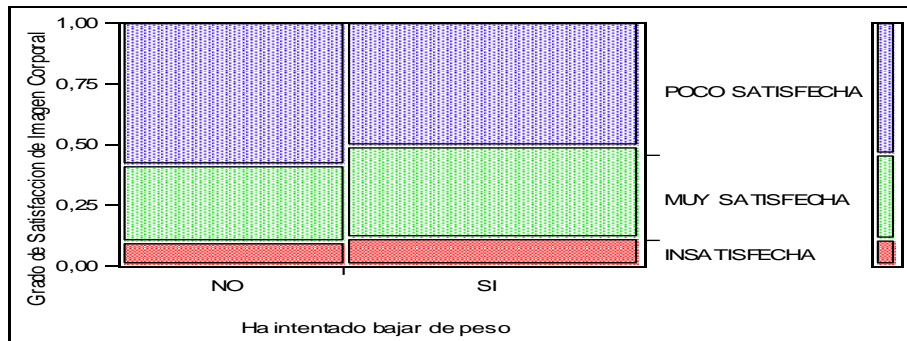


Grado de Satisfacción	Número	Porcentaje (%)
Imagen Corporal		
INSATISFECHA	10	10,63
MUY SATISFECHA	33	35,10
POCO SATISFECHA	51	54,25
Total	94	100

La mayor parte de las adolescentes encuestadas se encuentran poco satisfechas con su imagen corporal, ellas manifiestan malestar por su evaluación estética que constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar y que puede degenerar en el inicio de la mayor parte de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

E. CRUCE DE VARIABLES

Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según ha intentado bajar del peso.



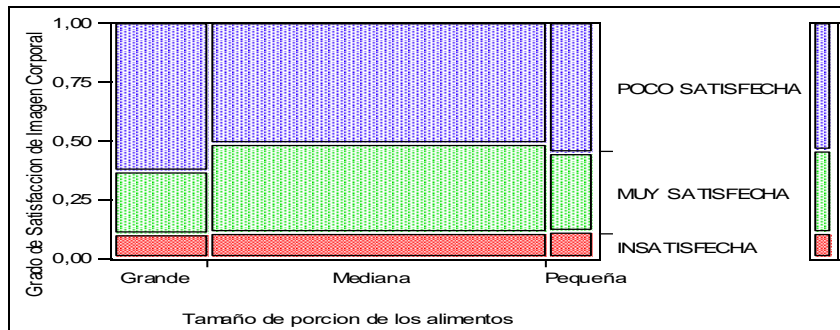
Ha intentado bajar de peso por el Grado de Satisfacción de Imagen Corporal

Total %	INSATISFECHA	MUY SATISFECHA	POCO SATISFECHA
	4,26	13,83	25,53
NO	4,26	13,83	25,53
SI	6,38	21,28	28,72
	10,64	35,11	54,26

Prueba Prob > Chi² = Pearson 0,76

En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que han intentado bajar de peso. Estas diferencias no son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es mayor a 0,05.

Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según el Tamaño de porción de los alimentos.



Tamaño de porción de los alimentos por el Grado de Satisfacción de Imagen Corporal

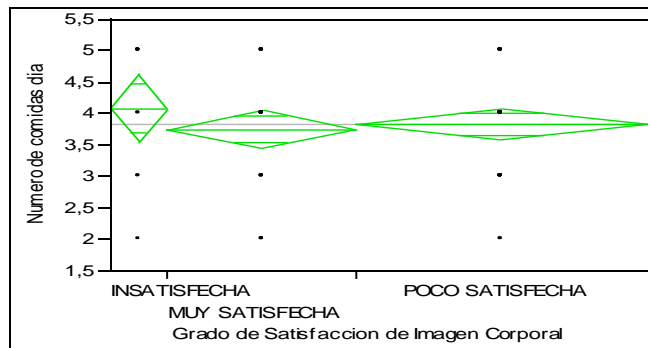
Total %	INSATISFECHA	MUY SATISFECHA	POCO SATISFECHA
Grande	2,13	5,32	12,77
Mediana	7,45	26,60	36,17
Pequeña	1,06	3,19	5,32
	10,64	35,11	54,26

Prueba	Prob>Chi ²
Pearson	0,91

En relación al grado de satisfacción corporal se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que consumen porciones medianas de los alimentos.

Estas diferencias no son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es mayor a 0,05.

Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según Número de comidas que consume al día.



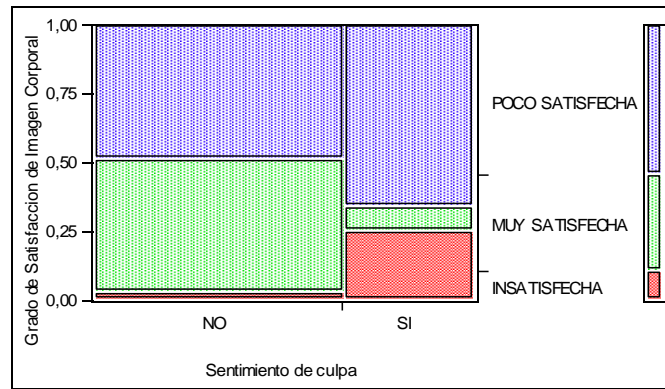
Nivel	Numero	Promedio
INSATISFECHA	10	4,10
POCO Satisfecha	51	3,84
MUY Satisfecha	33	3,75

Prob>Chi²
0,54

En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal se encontró que hay mayor promedio de número de comidas que consumen al día en adolescentes con insatisfacción corporal que han intentado bajar de peso.

Estas diferencias no son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es mayor a 0,05.

Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según Sentimiento de culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos.



Sentimiento de culpa por el Grado de Satisfacción de Imagen Corporal

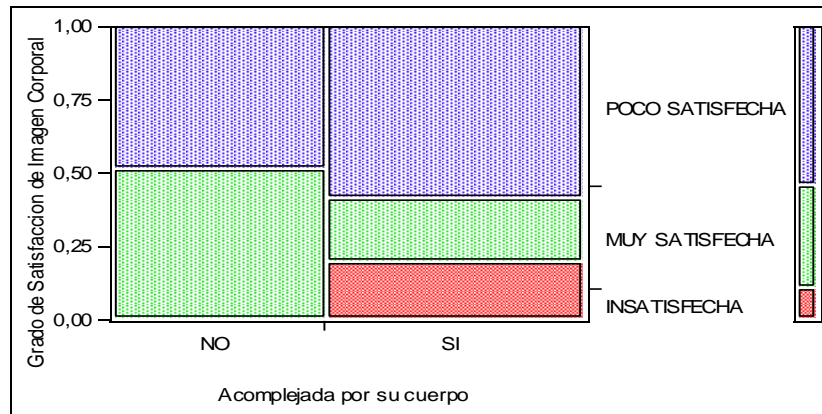
Total %	INSATISFECHA	MUY SATISFECHA	POCO SATISFECHA
NO	2,13	31,91	31,91
SI	8,51	3,19	22,34
	10,64	35,11	54,26

Prueba	Prob>Chi ²
Pearson	<,0001

En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que tienen algún sentimiento de culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos.

Estas diferencias si son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es menor a 0,05.

Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según se ha sentido Acomplejada por su cuerpo.



Acomplejada por su cuerpo por el Grado de Satisfacción de Imagen Corporal

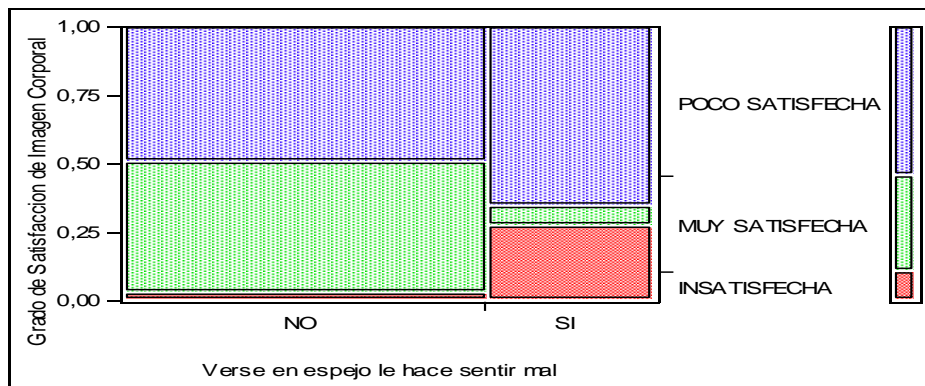
Total %	INSATISFECHA	MUY SATISFECHA	POCO SATISFECHA
NO	0,00	23,40	22,34
SI	10,64	11,70	31,91
	10,64	35,11	54,26

Prueba	Prob>Chi ²
Pearson	0,0006

En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que se han sentido acomplejadas por su cuerpo.

Estas diferencias si son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es menor a 0,05.

Grado de Satisfacción de Imagen Corporal según Verse reflejada en un espejo le hace sentir mal respecto a su figura.



Verse reflejada en un espejo le hace sentir mal respecto a su figura por el Grado de Satisfacción de Imagen Corporal

Total %	INSATISFECHA	MUY SATISFECHA	POCO SATISFECHA
NO	2,13	32,98	34,04
SI	8,51	2,13	20,21
	10,64	35,11	54,26

Prueba	Prob>Chi ²
Pearson	<,0001

En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que al verse reflejada en un espejo se sienten mal respecto a su figura.

Estas diferencias si son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es menor a 0,05.

VI. CONCLUSIONES

- Se estudiaron 94 adolescentes encontrándose un valor máximo de 17,8 años, un valor mínimo de 14 años y un promedio de 15,6 años.
- El 75,5% de las adolescentes provienen de familias estructuradas.
- El 44,7% de las adolescentes investigadas se encuentran en el estrato medio alto.
- Según el IMC//E el 17,02% del grupo en estudio tiene algún grado de sobrepeso y obesidad, el 1,06% tienen delgadez, convirtiéndoles en un grupo vulnerable y el 81,9% se encuentran dentro de los parámetros normales.
- El 46,8% de las adolescentes, fraccionan la dieta diaria en 4 tiempos de comida.
- El 25,53% de las adolescentes, acostumbran a consumir alimentos light o diet, porque piensan que van a perder peso sin realizar actividad física y sin disminuir cantidades de alimentos.
- El 34,04% de las adolescentes, presentan sentimiento de culpa al ingerir grandes cantidades de alimentos manifestándolo con iras, miedo a engordar, inducción al vómito, sentimiento que constituye una de las principales manifestaciones de desórdenes alimentarios.
- La oferta de alimentos en el bar de la institución mantiene un patrón alimentario a base de carbohidratos simples y el expendio de alimentos procesados es mayor que el de alimentos naturales.

- El 72,3% de las adolescentes investigadas no se sienten mal con su figura ya que su autoimagen general como persona esta relacionada con su gran autoestima, además de la percepción y el sentimiento de autorespeto hacia su cuerpo.
- El 69,1% de las adolescentes, no se sienten mal al ver reflejada su figura en un espejo ya que lo relacionan con exceso y déficit en la ingesta de alimentos, con el cuerpo, la figura moderna y la influencia publicitaria en la adolescencia.
- El 54,2 % de las adolescentes investigadas se encuentran poco satisfechas con su imagen corporal manifestando malestar por su evaluación estética que constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar y que puede degenerar en el inicio de la mayor parte de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).
- En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que tienen algún sentimiento de culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos. Estas diferencias son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es menor a 0,05.
- En relación al grado de satisfacción de la imagen corporal se encontró que hay mayor probabilidad de adolescentes con insatisfacción corporal que al verse reflejada en un espejo se sienten mal respecto a su figura. Estas diferencias son estadísticamente significativas debido a que el valor de p es menor a 0,05.

VII. RECOMENDACIONES

- Se debe recomendar a las adolescentes que se acepten tal cual como son ya que la Imagen Corporal es un concepto que se refiere a la manera en que cada uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Así pues, la visión, la percepción, la representación mental del propio cuerpo va a depender del grado de discrepancia entre la imagen corporal y el modelo corporal ideal, del mismo modo su autoimagen general como persona, su autoestima, va a estar íntimamente ligado a la insatisfacción o satisfacción corporal.
- No dejarse influenciar por los medios de comunicación ya que presentan la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, lo que se traduce en una presión significativa para los miembros de una sociedad, por la importancia que se concede para triunfar en todas las áreas.
- Realizar controles a las adolescentes en general e identificar aquellas que presenten Insatisfacción de su Imagen Corporal y realizar el seguimiento de cada caso.
- Realizar campañas educativas con el fin de mejorar los conocimientos con respecto a la Alimentación Saludable en la adolescencia.
- A la Unidad Educativa María Auxiliadora: Continuar con la aplicación del proyecto de manera permanente identificando problemas de salud que aquejan a las adolescentes en las que se requieren acciones de prevención.
- Disminuir la provisión de alimentos fuentes de carbohidratos simples en el bar de los establecimientos.

- Aumentar el expendio de frutas y verduras en los establecimientos.
- A la Escuela de Nutrición y Dietética: Brindar apoyo con proyectos de Educación Alimentaria Nutricional en los establecimientos educativos donde se ve la necesidad de ampliar los temas relacionados con la Alimentación y Nutrición de grupos vulnerables.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- **Bowman, B. A. Russell, R. M.** Conocimientos actuales sobre Nutrición, Publicación científica y técnica. 8ª.ed. Washington: OPS/OMS, 2003.

2.-ALIMENTACIÓN (ADOLESCENCIA)

<http://www.trabajoyalimentacion>

2013-06-06

3.-**Plaza Galarza, C.** Nutrición en la Adolescencia: Nutrición II Texto Básico Nutrición II. Riobamba: ESPOCH 2008.

4.- **García H., Z** Evaluación del Estado Alimentario y Nutricional en Adolescentes de los Colegios Carchi y León Rúailes de los Cantones Espejo y Mira de la Provincia del Carchi, para Diseñar un Plan de Mejoramiento del Estado Nutricional. Tesis: Magíster en Gerencia en Servicios de Salud.

5.-**Gallegos Espinoza, S.** Evaluación del Estado Nutricional I: Texto Básico Riobamba: ESPOCH 2008.

6.- **Zudaire M.** Hay que combatir la mala alimentación y la falsa belleza al mismo tiempo [en línea].
<http://www.consumer.es>
2013-04-19

7.- **Roth, R. A.** Nutrición y Dietoterapia. 9ª. ed. México: McGraw Hill. 2009.

IX. **ANEXOS**

X. **ANEXO 1:** Oficio

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

Riobamba.....del 2013

Sor Luisa Lozada

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIA AUXILIADORA

Presente.-

De mis consideraciones

En la adolescencia existen muchos factores que influyen en el estado nutricional, uno de los más importantes y de dominio social es la Insatisfacción con la Imagen Corporal. Donde la presión del entorno hace que esta percepción sea errada, repercutiendo de manera directa sobre la alimentación, por lograr una aceptación en su entorno social. Con esto se alteran conductas alimentarias introduciéndose así a nuestra sociedad los trastornos alimentarios que acarrearán una serie de consecuencias en la adolescencia y futura vida adulta.

Deseándole muchos éxitos en las funciones que desempeña, me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida la autorización y colaboración necesaria en la recolección de datos, para poder llevar a cabo el trabajo de investigación con el tema **INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 años** en su honorable Institución.

Reciba mi sincero agradecimiento por su atención y cumplimiento a la presente.

Atentamente,

Héctor R. Narváez V.

Estudiante de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

ANEXO 2: Encuesta

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

“INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LAS ADOLESCENTES
DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARÍA AUXILIADORA DE LA CIUDAD DE
RIOBAMBA 2013.”

Nombre.....Edad.....

1.- Ocupación del representante.

.....

2.- Con quien vive.

- Madre.....
- Padre.....
- Madre y Padre.....
- Otros.....

3.- Ha intentado bajar de peso como:

- Si.....
- No.....

COMO.....

4.-Cuál es el tamaño de porción de los alimentos que Ud. Consume.

- Mediana
- Grande
- Pequeña

5.- Cual es el número de comidas que consume al día.

- 2 Por día.....

- ✓ 3 Por día.....
- ✓ 4 Por día.....
- ✓ 5 Por día.....

6.- Consumo de alimentos light o diet.

- ✓ Si.....
- ✓ No.....

7.- Consumo de alimentos en situaciones de ansiedad, soledad, depresión.

- ✓ Si.....
- ✓ No.....

8.- Realiza Ayuno y con qué frecuencia.

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

9.- Tiene algún sentimiento de culpa después de ingerir grandes cantidades de alimentos.

- Si.....
- No.....

10.- Alimentos que considera buenos.

.....
.....
11.- Alimentos que considera malos.

.....
.....

12.- Alimentos o preparaciones del bar preferidas por usted.

.....
.....

13.- Grado de satisfacción con la imagen corporal usted está.

- Muy satisfecho.....
- Poco satisfecho.....
- Insatisfecho.....

14.- Se ha sentido mal con su figura que incluso ha llorado por ello.

- Si.....
- No.....

15.- Se ha sentido acomplejado por su cuerpo.

- Si.....
- No.....

16.- Verse reflejado/a en un espejo le hace sentir mal respecto a su figura.

- Si.....

- No.....

17.- Peso

Peso.....Peso Saludable.....

Talla.....% de Masa Grasa.....

% de Masa Magra.....

18.- Considera su peso como:

- Normal.....
- Bajo peso.....
- Sobrepeso.....
- Obesidad.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Nombre del encuestador: Héctor Narváez

Estudiante de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

ANEXO 3: Base de Datos

ANEXO 4: Fotos



