



Universidad Abierta Interamericana

“Percepción de la imagen corporal y valoración antropométrica en mujeres estudiantes del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario”

Tutora: Silvina Caulfield

Alumna: Florencia Lechini

Título a obtener: Licenciatura en Nutrición

Facultad: Medicina y Ciencias de la Salud

Fecha: Marzo 2016

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mi papá y a mi mamá por bancarme a lo largo de toda la carrera; a mi hermana Paula por la contención; a Abril por la compañía incondicional durante estos cuatro años y a Juani por aguantarme y acompañarme en mis mejores y peores momentos.

A mis amigas y también a mis futuras colegas que gracias a ellas esta etapa fue más fácil y hermosa de transitar.

A mi tutora Silvina Caulfield por su dedicación y su tiempo siempre que la necesité.

A la directora de la carrera, Lic. Daniela Pascualini, por escucharme y estar presente siempre que necesité ayuda.

A todos los profesores, gracias por haberme brindado los conocimientos para poder desarrollarme como profesional.

A las estudiantes del primer año de la carrera licenciatura en nutrición de la UAI, que se prestaron voluntariamente a participar en este estudio, porque sin ellas este trabajo no hubiese sido posible.

ÍNDICE

TÍTULO	5
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
FUNDAMENTACIÓN	9
OBJETIVOS DEL TRABAJO	11
JUSTIFICACIÓN	12
HIPÓTESIS DEL TRABAJO.....	13
RESULTADOS ESPERADOS.....	14
MARCO TEÓRICO	15
 <u>CAPÍTULO 1: IMAGEN CORPORAL</u>	
• La imagen corporal	15
 <u>CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</u>	
• Trastornos de la conducta Alimentaria (TCA).....	18
- Anorexia nerviosa	22
- Bulimia nerviosa	23
- Trastorno alimentario no específico (TANE).....	24
- Trastorno por atracón	25
• Otros trastornos	25
- Ortorexia	25
- Alcohorexia.....	26
- Diabulimia.....	26

- Pregorexia	26
- Vigorexia.....	26
• Obesidad.....	27

CAPÍTULO 3: LA ALIMENTACIÓN EN UNIVERSITARIOS

• La alimentación en los estudiantes universitarios	29
---	----

CAPÍTULO 4: VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

• Valoración antropométrica.....	31
- Talla	31
- Peso	32
- Índice de masa corporal (IMC)	32
- Circunferencia muscular del brazo (CMB).....	34
- Pliegue tricipital (PT).....	35

CAPÍTULO 5: REQUERIMIENTOS Y RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES

• Requerimientos y recomendaciones nutricionales	37
--	----

ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA.....	39
--	-----------

ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	46
--	-----------

- Área de estudio.....	46
- Tipo de estudio.....	46
- Población.....	47
- Técnicas de recolección de datos	47
- Instrumentos y procedimientos	47

CRONOGRAMA Y PLAN DE ACTIVIDADES	49
---	-----------

RESULTADOS (Interpretación y Análisis de datos)	50
--	-----------

CONCLUSIÓN.....	73
------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	75
--------------------------	-----------

ANEXOS	78
---------------------	-----------

TÍTULO

Percepción de la imagen corporal y valoración antropométrica en mujeres estudiantes del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario

RESUMEN

En el presente trabajo de tesis se analizó a un grupo de 40 mujeres estudiantes de 18 a 25 años de edad de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario.

El objetivo principal fue determinar la correlación entre la autopercepción de la imagen corporal y la valoración antropométrica en dichas mujeres.

En la realización de este trabajo de tesis fue necesario conocer conceptos e investigaciones previas sobre el tema que avalen el presente estudio.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó como metodología un estudio descriptivo, transversal, cualitativo y cuantitativo.

La recolección de datos fue a través de una encuesta nutricional de carácter anónimo, junto con el formulario de frecuencia de comidas y la determinación de las medidas antropométricas.

Al finalizar la investigación se analizaron los datos obtenidos para arribar a una conclusión que nos permita determinar si existe una correlación entre la autopercepción de la imagen corporal, las medidas antropométricas reales y el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Palabras claves: mujeres estudiantes, percepción corporal, valoración antropométrica, conducta alimentaria

INTRODUCCIÓN

La imagen corporal se define como la representación mental y la vivencia del propio cuerpo, es decir, el modo en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su cuerpo. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Sin duda, múltiples factores biológicos, sociales y culturales modulan esta percepción, pero en algunos casos estos factores son difíciles de valorar.

Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal. Además, pocos estudios han considerado como control las medidas reales de composición corporal en el análisis de la percepción de la imagen. Aunque existen evidencias que demuestran que las medidas reales proporcionan mayor precisión al análisis de los datos.

Algunos estratos de la población, en particular las mujeres jóvenes, se ven sometidas a una gran presión social que se ejerce desde todos los ámbitos y en donde se impone un modelo estético de delgadez, sinónimo de éxito tanto personal como profesional.

La importancia y triunfo de la imagen, y sobre todo de la imagen corporal delgada, ha contribuido por un lado, a la preocupación excesiva por el propio cuerpo y a un aumento de la demanda de tratamientos estéticos, y por otro, al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.¹

Por todas las razones anteriormente expuestas y por el interés que este tema presenta en la actualidad, nos planteamos el presente estudio con el objetivo general de analizar la percepción de la imagen corporal y comparar los resultados con medidas reales en un grupo de estudiantes universitarias.

¹ Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, JM. y Lopez-Miñarro, P. (2013) *Imagen corporal: revisión bibliográfica*. *Nutrición hospitalaria*, 28, 27-35. [Recuperado el 14 de febrero de 2016 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción que tienen de su cuerpo las mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario en relación con la valoración antropométrica?

FUNDAMENTACIÓN

Sabemos que para mantenernos saludables, necesitamos alimentarnos adecuadamente. Pero, el acto de comer no es solo una cuestión meramente fisiológica, sino también es un acto social, el cual aprendemos desde el nacimiento y se mantiene a lo largo de nuestras vidas.

La comida suele relacionarse con múltiples circunstancias que nos generan distintas emociones. Desde tiempos remotos, la gente celebraba mediante la comida. Antiguamente, el comer bien, así como también la obesidad, estaban ligados al éxito y al prestigio social.

Con los cambios culturales, actualmente se promueve la belleza del cuerpo como meta para conseguir el éxito social, con énfasis desmedido hacia la delgadez.

En los últimos años la preocupación por la estética ha tomado un inmenso auge en las sociedades modernas, muchas de las cuales han creado una sub-cultura basada en la percepción y en la importancia de un estilo de imagen corporal, produciendo así un ideal de belleza.

La preocupación anómala por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días. Cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo. Como consecuencia de esto, la imagen corporal está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales.

La sociedad actual impone un prototipo de modelo corporal único: esbelto, joven y delgado. En mayor o menor medida todas las personas, especialmente las mujeres jóvenes, intentan adecuarse a ese modelo establecido mediante dietas restrictivas, cirugías, ejercicio físico excesivo y el consumo de ciertos productos perjudiciales para la salud. El culto que se le rinde al cuerpo es cada vez más importante debido a que hay una industria basada en la sobrevaloración de la delgadez y esto repercute en una

percepción negativa, focalizando su atención y preocupación en la opinión que generan los demás sobre uno.

Hoy en día los medios de comunicación, en especial la televisión y las revistas, marcan una moda masiva y consumista a través del marketing influyendo así sobre la imagen corporal por medio de modelos de “cuerpos ideales”, los cuales muchas veces son imposibles de alcanzar.

El ámbito de la moda juega también un papel relevante en la preocupación femenina del cuerpo. Las modelos son las elegidas para lucir un cuerpo delgado y son ellas quienes difunden y exhiben patrones imperantes de siluetas corporales ideales.

Si se suma a lo anterior la presión publicitaria y los regímenes de adelgazamiento sin sustento científico que provocan más problemas que soluciones, pueden convertirse en factores de riesgo para la salud.

El efecto potenciado de los cambios constantes en la ciencia da como resultado un exceso de información que dificulta distinguir lo que es real de lo que es falso. Así las personas tienen acceso a una cantidad ilimitada de información que los lleva a realizar dietas extremas, consumir pastillas para adelgazar y recurrir a cirugías innecesarias.

Como consecuencia, los jóvenes, principalmente las mujeres, presentan una preocupación excesiva por su cuerpo y llevan a cabo conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaría

Los trastornos alimentarios son desordenes en los hábitos y actitudes alimentarias, incitados por una multiplicidad de factores, los cuales actúan como precipitantes o bien como mantenedores de dicha patología, con complicaciones físicas y psicológicas. Las personas que padecen estos trastornos se evalúan a sí mismas habitualmente por su peso y figura y tienen una imagen distorsionada de su cuerpo.²

² Colombo, J.L. (2006) *.Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados*. Buenos Aires: Lumen.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivo general

- Determinar la correlación entre la autopercepción de la imagen corporal y la valoración antropométrica en mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario

Objetivos específicos

- Valorar el estado nutricional
- Analizar la alimentación

JUSTIFICACIÓN

El motivo de la presente investigación es valorar la percepción de la imagen corporal de las mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera Licenciatura en nutrición y comparar dicha percepción con mediciones antropométricas, con el objetivo de detectar posibles alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal y en consecuencia posibles riesgos de padecer un trastornos de la conducta alimentaria.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

Las mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición poseen una distorsión de su imagen corporal en relación a la valoración antropométrica.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante este trabajo de investigación espero comprobar que las mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición tienen una distorsión de su imagen corporal influenciada por distintos factores individuales, familiares y socioculturales.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal

La imagen corporal es una construcción multidimensional que consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que te ves y te imaginás a ti mismo. Esta imagen se constituye por un componente perceptivo, uno cognitivo-afectivo y otro conductual que se encuentran interrelacionados entre sí y es creada a partir del registro visual con el propio cuerpo, siempre situado en un determinado contexto y una determinada cultura. Por lo tanto, el análisis de la imagen corporal incluye la comparación de dos series de construcciones mentales: las representaciones mentales de nuestros propios cuerpos y de los cuerpos de los demás.³

Las personas pueden estar simultáneamente controlando aspectos tan diferentes de su cuerpo, tales como su aparente atractivo, posición en el espacio, seguridad, prominencia relativa en el campo perceptivo total, variaciones en los atributos del tamaño, y sus diferentes partes, etc.⁴

La antropometría aporta una herramienta para cuantificar objetivamente nuestro propio tamaño corporal, forma y composición, así como también el de los otros.

Nuestros propios cuerpos tienen:

- Una representación antropométrica objetiva: serie de mediciones de pliegues cutáneos, longitudes, perímetros y diámetros.

³ Pruzinsky, C. (1992). Integrative themes in body-image development, deviance and change. *Body Images* (pp. 337–349). New York: Development, Deviance and Change.

⁴ Fisher, CA, Hetrick SE y Rushford N. (2010). *Family therapy for anorexia nervosa*. Wisconsin: American Psychological Association.

- Otra representación perceptiva, cognitiva y afectiva: influenciadas por el sexo, los medios masivos de comunicación, la herencia y también los valores antropométricos objetivos y conocidos.

Tipos de imagen corporal:

La imagen corporal puede ser positiva o negativa.

•**Imagen positiva:** Se dice que se tiene una imagen positiva cuando la persona tiene su esquema corporal bien integrado, lo percibe de forma adecuada y se siente bien y cómoda con su apariencia. No es necesaria ninguna condición específica en cuanto al físico para tener una imagen positiva de uno mismo sino que lo importante es, sobre todo, sentirse bien con el propio cuerpo independientemente de si coincide con el ideal establecido por la sociedad o no.

•**Imagen corporal negativa:** quiere decir que la persona no se siente a gusto consigo misma y su aspecto. Como en el caso de la imagen positiva, no es necesaria ninguna condición específica para estar insatisfecho con uno mismo sino que todo depende de cómo se percibe y se siente uno respecto a su apariencia.

Cuando se tiene una imagen negativa, se produce un déficit en la relación que existe entre el sujeto y el mundo exterior influyendo sobre 3 aspectos esencialmente:

1. Percepción del cuerpo: Percibirlo de forma incorrecta ya sea por sobreestimación o por subestimación.
2. Motricidad: No sentirse a gusto con los propios movimientos.
3. Relación con el otro: Sensación de incomodidad o vergüenza delante de la mirada de los demás.

Los problemas que puede generar una imagen corporal negativa son:

- Alteraciones perceptuales: Incapacidad de estimar con exactitud el tamaño corporal.
- Alteraciones cognitivo-afectivas: Emociones y sentimientos negativos respecto a uno mismo.
- Alteraciones conductuales: Obsesión con evitación, camuflaje, rituales.

Una imagen corporal negativa puede estar relacionada con una baja autoestima y, en algunos casos, puede llevar a trastornos alimentarios.⁵

⁵ Slade, P. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy* (pp. 497-502.) New York: Penguin Group USA Inc.

CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas debilitantes que se caracterizan por una alteración persistente de los hábitos de alimentación o de las conductas del control de peso cuyo resultado es una alteración importante de la salud física y del funcionamiento psicosocial.⁶

En los últimos 30 años, los TCA surgieron como enfermedades cada vez más frecuentes, sobre todo en los adolescentes y jóvenes.

Los estudios sobre la frecuencia de estos trastornos muestran un aumento preocupante, principalmente en la población de mujeres jóvenes. Se ha encontrado que entre 1 y 2% de las mujeres padecen de Anorexia Nerviosa (AN), y entre 1 y 3% padecen Bulimia Nerviosa (BN). Estos trastornos se presentan en una proporción de 10 a 1 mujer-varón aunque en los últimos años ha incrementado el número de varones que los padecen. Generalmente el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria es a los 14 años.⁷

Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un “trastorno de la alimentación”, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

⁶ Mahan, K., Escott-Stump, S. y Raymond, J. (2013). La nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. Schebendach, J. *Krause dietoterapia* (13ª edición, pp. 489-498). Barcelona: Elsevier S.L.

⁷ Lancet, T. (2010). *Eating disorders*. Washington: Zucker.

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> • Socioculturales • Familiares • Individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresores • Actitudes anormales con el peso y la figura • Dietas extremas y pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Atracones y purgas • Secuelas fisiológicas y psicológicas

Factores predisponentes

Una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un “trastorno de la alimentación” cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales.⁸

- *Factores socioculturales*

Las teorías socioculturales sobre la alteración de la imagen corporal se refieren a la influencia de los ideales del cuerpo, expectativas y experiencias, así como a la etiología y el mantenimiento de la imagen corporal. El entorno sociocultural parece ser una de las condiciones esenciales para el desarrollo de distorsiones subjetivas y trastornos de la imagen corporal.

En nuestra sociedad actual la imagen del cuerpo es cada vez más importante y los mensajes de la industria impactan en el comportamiento y pensamiento de la población, especialmente en los jóvenes, sobrevalorando la delgadez e induciendo conductas de riesgo para el bienestar físico y psicológico.

Si se suma a lo anterior la presión publicitaria y los regímenes de adelgazamiento mal programados con el propósito de adaptarse a los modelos de belleza, pueden convertirse en factores de riesgo nutricional. En este periodo además los estudiantes asumen la responsabilidad de su alimentación, por lo cual se convierte en

⁸ Moral Iglesias L, coordinadora general del Instituto Nacional de la salud. (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Madrid: Closas-Orcoyen

una etapa crítica para el desarrollo de hábitos alimentarios, lo que repercutirá en el peso corporal y la salud futura de ellos.⁹

- *Factores familiares*

- Preocupación excesiva de los padres por la figura corporal
- Conflictos (separación de los padres, historia de depresión y alcoholismo).
- Sobreprotección de la familia
- Mezcla de roles
- Familias aglutinadas que se caracterizan por tener fronteras desdibujadas y ser desjerarquizadas
- Sobreprotección: escasa afectividad en la puesta de límites
- Involucración del hijo en conflictos familiares
- Dificultades en la comunicación

- *Factores individuales*

- Problemas con la autonomía: las personas que padecen estos trastornos viven pendientes de cumplir con los ideales de los padres o satisfacer a los demás y esta actitud le da poco margen para desarrollar un pensamiento propio, lo que las lleva a tener dificultades para tomar decisiones.
- Déficit en la autoestima: una baja autoestima nace de juzgarse a sí misma por las apariencias, esto lleva a que el peso y la figura sean esenciales para elevarla.
- Autoexigentes, si saben que no van a poder llegar a la perfección, no lo intentan
- Miedo a madurar: jóvenes ancladas en la niñez que tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica.
- Malos hábitos alimentarios y sobrepeso
- Perfeccionismo y autocontrol
- Baja tolerancia al estrés y a las frustraciones: escasa capacidad para la resolución de conflictos
- Vulnerabilidad a influencias externas e inestabilidad emocional

⁹ Basabe, N. (2004). *Salud, factores psicosociales y cultura*. Buenos Aires: Biblos

- Son personas alexitímicas, es decir, no pueden verbalizar sus emociones

Factores precipitantes

Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia, por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, precipita el problema.

Se puede dar frente a situaciones críticas como la pérdida de un ser querido, de un trabajo, la vivencia de un fracaso escolar o un cambio significativo, como puede ser la separación de una pareja o una mudanza a un pueblo o a una ciudad, estos funcionan como gatillo del trastorno. Estas circunstancias suelen ser al principio una dieta restrictiva y con pérdida de peso. En un intento de llevar adelante esas emociones desbordantes, muchas mujeres prefieren hacer dieta, tomar alcohol, vomitar, así pueden soportar la carga emocional y sobre todo controlarla.

Factores perpetuantes

La perpetuación del trastorno está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno en sí mismo. Algunos de los factores perpetuantes que refuerzan la permanencia del trastorno alimentario en el tiempo son¹⁰:

- Dietas restrictivas.
- Atracónes de comida
- Purgas
- Atracónes de alcohol

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen consecuencias importantes para la salud. Desde el punto de vista orgánico todas las alteraciones derivadas de la malnutrición (alteraciones hormonales, amenorrea, osteoporosis, fracturas, anemia,

¹⁰ Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa, S.A.

deshidratación, alteraciones electrolíticas) y desde el punto de vista psicológico (depresión, ansiedad, obsesividad, aislamiento social y problemas familiares).¹¹

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) comprenden algunos desórdenes como:

❖ **Anorexia Nerviosa:**

Se caracteriza por la presencia de restricción alimentaria intensa, motivada por la insatisfacción con el propio cuerpo y el miedo persistente a engordar. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo. Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal, lo que las lleva a hacer dietas estrictas o ejercicio en forma excesiva para bajar de peso.

La anorexia generalmente comienza durante los años de adolescencia o a principios de la edad adulta (a los 17 años con picos a los 14 y 18 años) y es más común en mujeres, aunque también se puede ver en hombres. Se relaciona con algún acontecimiento importante como puede ser dejar el colegio para entrar en la facultad, algún cumpleaños o fiesta de graduación, elegir una carrera. Puede comenzar con una dieta normal para bajar de peso y cuando se logra la búsqueda de la delgadez continua y el temor por la gordura se incrementa en forma desproporcionada

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con anorexia nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

A. Restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física

B. Intenso temor a ganar peso o a convertirse en obeso, o conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo.

¹¹ Monton Franco, C., Garcia Campayo, J., Buitrago Ramirez F., Ciurana Misol, R., Chocron Bentata, L., Fernandez Alonso, MC. y Tizon Garcia, J. (2007). *Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria*. [Recuperado el 2 de noviembre de 2015 de: https://www.semfy.com/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf]

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta, exageración en la autoevaluación

Existen a su vez dos formas en que puede presentarse:

- Subtipo Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas
- Subtipo Compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

❖ **Bulimia nerviosa**

Trastorno que se caracteriza por la combinación de episodios de atracones y conductas compensatorias para el control del peso, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad, sensación de angustia y pérdida de control mental por haber comido en “exceso”. Generalmente el peso esta dentro de los parámetros de normalidad, aunque suele sentir oscilaciones, especialmente cuando los atracones tienen una alta frecuencia.

La bulimia generalmente comienza en la adolescencia tardía o en la adultez temprana, entre los 16 y 20 años de edad.

El temor a engordar afecta directamente a los sentimientos y emociones del enfermo, influyendo de esta manera en su estado anímico que en poco tiempo desembocará en problemas depresivos.

Una de sus características esenciales consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, que suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a surgir episodios de ingestas compulsivas.

La bulimia suele presentarse junto con un fuerte sentimiento de inseguridad emocional y con problemas graves en la autoestima, en relación directa con el peso o con la imagen corporal (autoimagen).

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con bulimia nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto periodo espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, 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 una vez a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

❖ **Trastorno alimentario no específico (TANE)**

Esta categoría se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos. Algunos ejemplos son:

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- Se cumplen todos los criterios diagnóstico para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se dan con una frecuencia inferior a una vez a la semana y/o 3 meses.⁹

❖ **Trastorno por atracón o trastorno alimentario compulsivo (Binge Eating Disorder):**

Este trastorno se caracteriza por atracones de comida recurrentes que se asocian a pruebas subjetivas y comportamentales de falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo, y que no se acompañan de las estrategias compensatorias típicas de la bulimia nerviosa (por ejemplo, la autoinducción del vomito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo)

Para que una persona pueda ser diagnosticada debe cumplir con los siguientes requisitos:

- A. Episodios recurrentes de atracones
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 - Ingesta mucho más rápida de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - Ingesta de grandes cantidades de comida sin sentirse físicamente hambriento.
 - Comer a solas por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida.
 - Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Los atracones tienen lugar como promedio, al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses.
- D. Los atracones no se asocian a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.¹²

❖ **Otros Trastornos**

Ortorexia: son personas obsesionadas con la comida saludable. Comienza como un inocente intento por mejorar la calidad de la alimentación, pero con

¹² American Psychiatric Association (2014). Trastornos de la conducta alimentaria. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM V* (pp. 553-565). Barcelona: Panamericana

el tiempo aparecen las obsesiones sobre qué se debe comer y que está totalmente prohibido. El ortoréxico se convierte en una persona cada vez más rígida en las elecciones de los productos que ingiere, según su calidad y pureza. Todos los días deben comer sano, comer correctamente, ser saludables y suelen auto castigarse en el caso de no cumplir cuando la tentación gana.

Alcohorexia: se define como la combinación de trastornos alimentarios sumado al abuso de alcohol. La población en la que aparece esta patología con mayor incidencia es en la mujeres universitarias jóvenes que toman alcohol en exceso (atracones de alcohol) y creen compensar lo que consideran una alta ingesta de calorías con la reducción o suspensión de comidas, usualmente se combina con conductas purgativas como vómitos, uso de diuréticos y laxantes; para de esta manera mantener su figura delgada.

Diabulimia: asociación entre dos patologías o enfermedades: por un lado la Diabetes tipo I (insulinodependiente) y por el otro un trastornos alimentario. Así como saltan comidas, las pacientes que padecen esta doble patología reducen sus dosis de insulina con el objetivo de bajar de peso intencionalmente. En estas pacientes el peligro está exponencialmente aumentado, ya que al realizar restricción alimentaria y /o atracones y/o purgas, la glucemia del paciente es más susceptible a fluctuar y entrar en campos más graves de hipoglicemias e hiperglicemias.

Pregorexia: es un trastorno alimentario que se da durante el embarazo en donde pueden llegar al límite de arriesgar la vida de un hijo por adecuarse a una imagen corporal distorsionada.¹³

Vigorexia o dismorfia muscular: La vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres.

Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación): los vigoréxicos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles. A esta exigencia

¹³ Poulisis, J. (2011). *Los nuevos trastornos alimentarios: alcohorexia, vigorexia, diabulimia, pregorexia, orthorexia*. Buenos Aires: Paidós

se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas y carbohidratos consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de lípidos se reduce. Esto puede ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigorético consume esteroides, que ocasionan cambios de humor repentinos y diarreas instantáneas.

❖ **Obesidad**

Generalmente, la obesidad no se considera un trastorno de la conducta alimentaria sino un trastorno médico, con importantes repercusiones para la salud, cuando el peso supera en un 30% a lo que correspondería para la edad y la talla. Asimismo suscita notables consecuencias de índole social, psicológico, laboral y económico.¹⁴

La obesidad es un incremento en el porcentaje de grasa corporal, generalmente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Es un asunto complejo relacionado con el estilo de vida, el ambiente y los genes.

Se produce por una acumulación de energía sobrante en forma de grasa que se da como consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y el gasto de energía, es decir, el consumo neto de energía excede al gasto. Son muchos los factores subyacentes que se relacionan con la prevalencia de la obesidad, entre ellos:

- El sedentarismo que se da como consecuencia de un cambio en las actividades recreativas, de los modos de transporte y la creciente urbanización.
- Cambio dietético: aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, aumento del tamaño de las porciones y de la comida rápida.
- Herencia genética
- Enfermedades médicas como hipotiroidismo y también ciertas enfermedades mentales pueden predisponer a la obesidad o incrementar el riesgo

¹⁴ Inmaculada de la Serna de Pedro. (1998). Obesidad. *Comer no es un placer: Anorexia, bulimia, obesidad.*(pp. 161-180). Madrid: Litofinter

como los trastornos alimentarios tales como la bulimia nerviosa y el consumo compulsivo de comida o la adicción a los alimentos.¹⁵

¹⁵ Torresani, ME. y Somoza MI. (2014). Cuidado nutricional en sobrepeso y obesidad. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. (3ª edición, pp. 129-186). Buenos Aires: Eudeba

CAPÍTULO 3: LA ALIMENTACIÓN EN UNIVERSITARIOS

La alimentación en los estudiantes universitarios

Las largas jornadas de clases, la escasez de tiempo libre, el presupuesto limitado, el desconocimiento de las prácticas culinarias y de selección de alimentos, son factores que inciden en los hábitos alimentarios.

La alimentación del estudiante universitario suele ser monótona, con ausencia de variedad y equilibrio en la selección de alimentos, desordenada y con una tendencia a pasar por alto las comidas.

Se observa un alto consumo de comidas rápidas, ricas grasas, hidratos de carbono, azúcares, sodio y un bajo consumo de lácteos, frutas y verduras. Estos alimentos son los más elegidos, debido al poco tiempo que tienen para comer, el costo del mismo y muchas veces por el estrés y la ansiedad. Por otro lado, se advierte que muchos de los estudiantes tienden a disminuir la actividad física, aumentan el consumo de alcohol, cigarrillo y bebidas energizantes.

Una adecuada alimentación no sólo influye en el rendimiento académico, sino también en otros factores como evitar el agotamiento y cansancio, si no se consumen los nutrientes necesarios es difícil mantener el ánimo y las ganas de estudiar, trabajar, hacer ejercicio físico.

Por otro lado, el exceso de comidas tampoco es una práctica recomendable ya que induce al sobrepeso y podría provocar otras enfermedades. Por ello, es necesario asegurar un adecuado aporte de calorías y nutrientes para evitar deficiencias o excesos que puedan ocasionar trastornos de la salud.

Es muy importante informarse para saber elegir los alimentos que garanticen una alimentación suficiente y equilibrada, y aprender a organizar las comidas del día. Además, es fundamental tener en cuenta aquellas situaciones que puedan afectar al estudiante e impliquen modificar sus hábitos alimenticios.

Es imposible establecer una regla general para aplicar en la nutrición de los estudiantes, pero sí dar una serie de pautas para llevar una alimentación variada y

balanceada. En la edad universitaria, al haber culminado el proceso de crecimiento, el aporte nutritivo debe ser adecuado para su edad y la actividad que realice.

Existe la necesidad de educar a la población universitaria en cuanto a los beneficios de llevar hábitos alimentarios saludables, como también realizar actividad física constantemente, ya que las cifras de sedentarismo son igualmente preocupantes. Debería estimarse el desarrollo de programas de educación nutricional y física en las aulas universitarias, bien en forma de asignaturas optativas u obligatorias.

Respecto de la actividad física, hay dos elementos fundamentales a considerar en estos estudiantes. En primer lugar la inactividad física prevalece mayoritariamente en las mujeres, independientemente del grupo etario, y en segundo lugar el principal motivo para la falta de actividad física, es la mala organización del tiempo.¹⁶

¹⁶ Burrows R, Díaz E, Sciaraffia V, Gattas V, Montoya A, Lera L, Burrows R, et al. (2008) Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios. Recuperado el 3 de noviembre de 2015 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001200008&script=sci_arttext

CAPÍTULO 4: VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Valoración antropométrica

La antropometría es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación nutricional, tanto para la vigilancia del crecimiento y el desarrollo como en la determinación de la composición corporal (masa grasa y libre de grasa), aspectos fundamentales en la evaluación nutricional en individuos y comunidades. La medición de los diferentes parámetros antropométricos permite al profesional conocer las reservas proteicas y calóricas y definir las consecuencias de los desequilibrios ya sea por exceso o déficit.

Las medidas antropométricas más empleadas para la valoración de un paciente son:

Para evaluar masa corporal total:

➤ **Talla:**

Instrumental: medidor de talla, altímetro o estadiómetro; también podrá utilizarse una cinta métrica de 2,5m de largo y 1,5 cm de ancho que deberá adosarse a la pared con el nivel 0 al nivel del piso, y una escuadra que se apoyará en la pared y en el vértex del sujeto.¹⁷

La talla junto con el peso es una de las dimensiones corporales más usadas, debido a la sencillez y facilidad de su registro. La talla se expresa en centímetros (cm) y es el registro entre el vértex y el plano de apoyo del paciente. Para realizar esta medida en pacientes mayores de 2 años se tendrá en cuenta la siguiente técnica:

- Se mide al paciente sin zapatos
- Sujeto erecto, con los pies juntos; talones, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el plano vertical del tallímetro.

¹⁷ Girolami, D.H. (2003). Mediciones antropométricas. Girolami, D.H. y Soria, F. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. (pp. 169-172). Buenos Aires: El Ateneo

- La medición se toma con la persona mirando al frente con la cabeza en el plano FRANKFORT (parte superior de la oreja y el ángulo externo del ojo en una línea paralela con el piso)
- El punto más alto del cráneo – denominado vértex- hará contacto con el instrumento de medición cuando el evaluador lo coloque firmemente sobre la cabeza
- Se sugiere que la lectura se realice luego de una inspiración profunda.¹⁸

➤ **Peso:**

Instrumental: Balanza de precisión o báscula de pie con un margen de error de 100gr.

Es el parámetro del estado nutricional más ampliamente usado y confiable que expresa la masa corporal total pero no define compartimiento e incluye fluidos. Es un indicador global del estado de nutrición.

La medición debe realizarse con el paciente de pie, parado en el centro de la balanza con su peso distribuido equitativamente en ambas piernas, los brazos al costado del cuerpo, relajado y mirando hacia el frente. Es aconsejable pesar al paciente con ropa interior o prendas livianas y descalzo.¹⁷

Se sugiere que el pesaje se realice siempre en un mismo horario, el cual debe registrarse en una planilla. En el caso de las mujeres es ideal que se realice en la misma semana del ciclo menstrual en que se realizó la medición anterior, debido a las variaciones de peso que se producen.

El peso corporal junto a la talla permite definir el Índice de Masa Corporal (IMC).¹⁸

➤ **Índice de masa corporal (IMC)**

El índice de masa corporal es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. Se establece como la relación entre el peso corporal (en kilos) del individuo y su talla (en metros) elevada al cuadrado¹⁵:

¹⁸ Onzari, M. (2014). Evaluación cineantropométrica. Napoli, O. *Fundamentos de nutrición en el deporte*. (pp. 127-161). Buenos Aires: El Ateneo

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

Los valores normales del IMC según la Organización Mundial de la Salud son:

IMC	Categoría
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,5
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	> 40,0

Interpretación del IMC para adultos

El IMC en mayores de 18 años se interpreta usando categorías estándar iguales para todas las edades, tanto para los hombres como para las mujeres. En cambio, para los niños y adolescentes, la interpretación del IMC es específica.

Sin embargo, el IMC no determina la composición corporal, es decir, no difiere la masa grasa de la masa magra y es por esto que para diagnosticar un estado de nutrición se lo debe complementar junto con otros indicadores. El IMC sufre variaciones como por ejemplo:

- Con el mismo IMC, las mujeres tienden a tener más grasa corporal que los hombres.
- Con el mismo IMC, las personas de edad avanzada, en promedio, tienden a tener más grasa corporal que los adultos más jóvenes.
- Los atletas que entrenan mucho pueden tener un IMC alto por tener una mayor masa muscular, más que por tener mayor cantidad de grasa corporal.

También es importante recordar que el IMC es un parámetro predictivo para varias patologías como la obesidad y la diabetes tipo 2.¹⁷

➤ **Circunferencia muscular del brazo (CMB):**

Instrumental: cinta métrica metálica e inextensible.

Se emplea como indicador del compartimiento muscular-esquelético y del compartimiento proteico corporal.

Se calcula en base a la siguiente ecuación, valiéndose de la circunferencia del brazo en su punto medio, o perímetro braquial y del grosor del pliegue tricipital, en relación a la constante Pi. Al valor del pliegue tricipital se le aplica la constante Pi (0,314...) para descartar la participación del hueso. El resultado es en centímetros (cm).

$$\text{CMB} = \text{PB (cm)} - (0,314 \times \text{PT (mm)})$$

La medición debe realizarse con el paciente de pie con el brazo descubierto y relajado al costado del cuerpo. El profesional deberá ubicarse de frente, rodeando con la cinta métrica a la altura del punto medio que une el acromion y el olécranon. Previamente se habrá marcado el punto medio del brazo con el mismo a 45°.¹⁵

Los valores de referencia según la edad y el sexo son:

Edad	Percentilos													
	Hombres							Mujeres						
	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
18 - 18,9	226	237	252	264	283	298	324	174	179	191	202	215	237	245
19 - 24,9	238	245	257	273	289	309	321	179	185	195	207	221	236	249
25 - 34,9	243	250	264	279	298	314	326	183	188	199	212	228	246	246
35 - 44,9	247	255	269	286	302	318	327	186	192	205	218	236	257	272
45 - 54,9	239	249	265	281	300	315	326	187	193	206	220	238	260	274
55 - 64,9	236	245	260	278	295	310	320	187	196	209	225	244	266	280
65 - 74,9	223	235	251	268	284	298	306	185	195	208	225	244	264	279

Frisancho, A.R. (1981). *New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. The*

American Journal Clinical Nutrition, 34 (11) 2540-2545

Rangos de valoración según percentiles:

	Percentil	% Adecuación (p50)
Desnutrición Leve	10 - 25	90 – 100 %
Desnutrición Moderada	5 a 10	60 – 90 %
Desnutrición Severa	< 5	< 60 %

Pasa evaluar masa grasa:

➤ **Pliegues cutáneos: Pliegue cutáneo tricipital (PT)**

Instrumento: plicómetro, tiene forma de pinza y nos permite medir el pliegue cutáneo (el cual incluye dos porciones de piel y tejido celular subcutáneo subyacente, excluyendo tejido muscular).

La medición de los pliegues cutáneos (tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco) se usa para estimar las reservas calóricas de un paciente. Son indicadores de masa grasa.

El pliegue tripicital es el que tiene mayor predictivo y puede relacionarse con los estándares. Se mide en milímetros (mm).

La medición debe realizarse con el paciente con el brazo descubierto y relajado al costado del cuerpo y las palmas mirando hacia los muslos. El antropometrista se ubicará de frente y tomará el pliegue con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda y el plicómetro con la mano derecha, estando siempre este perpendicular al pliegue. El plicómetro se ubicara a 1cm de distancia de los dedos que toman el pliegue. El pliegue se medirá en el punto medio de la línea que une el acromion y el olécranon (sobre el musculo tríceps). La compresión que se realice deberá ser firme y la lectura se realiza luego de dos segundos de tomado el pliegue.^{15,17,19}

Los valores de referencia según la edad y el sexo son (en mm):

Edad	Percentilos													
	Hombres							Mujeres						
	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
18 - 18,9	4	5	6	9	13	20	24	10	12	15	18	22	26	30
19 - 24,9	4	5	7	10	15	20	22	10	11	14	18	24	30	34
25 - 34,9	5	6	8	12	16	20	24	10	12	16	21	27	34	37
35 - 44,9	5	6	8	12	16	20	23	12	14	18	23	29	35	38
45 - 54,9	5	6	6	8	12	15	20	12	16	20	25	30	36	40
55 - 64,9	5	6	8	11	14	19	22	12		20	25	31	36	38
65 - 74,9	4	6	8	11	15	19	22	12	14	18	24	29	34	36

Frisancho, A.R. (1981). New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. The

American Journal Clinical Nutrition, 34 (11) 2540-2545

¹⁹ Marfell-Jones, M., Stewart, A. y Cartes L. (2008). Estándares Internacionales para la Evaluación Antropométrica. Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK)

Rangos de valoración según percentiles:

	Percentil	% Adecuación (p50)
Desnutrición Leve	10 - 25	90 – 100 %
Desnutrición Moderada	5 a 10	60 – 90 %
Desnutrición Severa	< 5	< 60 %

CAPÍTULO 5: REQUERIMIENTOS Y RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Requerimientos y recomendaciones nutricionales

El requerimiento energético diario (RED) o el gasto energético diario (GED) de un individuo está conformado en primera instancia por el requerimiento calórico basal o metabolismo basal (MB) que representa el consumo de energía necesario para mantener las funciones vitales y la temperatura corporal. El segundo componente del GED es la termogénesis inducida por la dieta (TID) o efecto termogénico de los alimentos (ETA) o acción dinámica específica (ADE) que equivale al gasto energético necesario para la digestión, absorción, metabolización y transporte de los nutrientes, que representa en promedio un 10% del MB. El último componente es el trabajo muscular, que se refiere al gasto energético para el desarrollo de las diferentes actividades del individuo. En una persona moderadamente activa representa del 15 al 30% de las necesidades totales de energía.

La recomendación dietética diaria de energía y macronutrientes para mujeres de 18 a 25 años de edad con una actividad física moderada es de:

NUTRIENTES	RECOMENDACIÓN
Energía	2200kcal / día
Hidratos de carbono	45-65% del VCT
Proteínas	10-35% del VCT
Grasas	20-35% del VCT
<ul style="list-style-type: none"> • Grasas saturadas 	< 7% del VCT
<ul style="list-style-type: none"> • Grasas poliinsaturadas 	< 10% del VCT
<ul style="list-style-type: none"> • Grasas monoinsaturadas 	< 20% del VCT
<ul style="list-style-type: none"> • Grasas trans 	< 1% del VCT
Colesterol	< 300 mg/día

Las recomendaciones diarias de vitaminas según la Ingesta dietética de referencia (IDR) son:

VITAMINAS	RECOMENDACIÓN DIETETICA DIARIA
Vitamina A	700 µg RE
Vitamina D	5 µg
Tiamina B1	1,1mg
Riboflavina B2	1,1 mg
Niacina B3	14mg
Vitamina C	75mg

Las recomendaciones diarias de minerales según la Ingesta dietética de referencia (IDR) son:²⁰

MINERALES	RECOMENDACIÓN DIETETICA DIARIA
Calcio	1000 mg
Fosforo	700 mg
Hierro	18 mg
Sodio	1,5gr
Potasio	4,7gr

²⁰ Lopez, L B. y Suarez, M M. (2011). *Fundamentos de nutrición normal*. Buenos Aires: El Ateneo

ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA

- Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México

Lora Cortez y Saucedo Molina trabajaron sobre conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México.

El objetivo de este estudio fue analizar la distribución y la relación que existe entre el Índice de Masa Corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la percepción e insatisfacción con la imagen corporal, en una muestra de mujeres adultas de 25 a 45 años de edad, de la Ciudad de México.

Para la recopilación de los datos se empleó parte de un instrumento autoaplicable que mide conductas alimentarias de riesgo (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios). La imagen corporal se midió mediante dos dimensiones: a) percepción de la imagen y b) satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. El IMC se obtuvo a partir del autoreporte de peso y talla de los sujetos de estudio.

Los porcentajes obtenidos en cuanto a la percepción de la imagen corporal, fueron: 0.9% se percibió muy delgada, 15.3% delgadas, 44.4% se percibió normal, 32.6% con sobrepeso y 6.8% con obesidad. De la muestra 78.8% afirmó estar insatisfecha con su imagen corporal; 70.1% quería tener una figura más delgada

Los hallazgos permitieron confirmar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, en población de mujeres adultas. Si bien dichos datos no ameritan el diagnóstico de un trastorno alimentario, denotan la presencia de ciertos síntomas de estos trastornos y muestran que es común encontrarlos en la población general.

Las principales aportaciones de este trabajo las constituyen el haber obtenido la relación entre el IMC y diversas variables asociados a los trastornos alimentarios, en mujeres mexicanas adultas, así como el haber aportado información a partir de una

escala mexicana multidimensional, válida y confiable, diseñada específicamente para el estudio de conceptos complejos como las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal.²¹

- Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco

El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de la imagen corporal y comparar los resultados con las medidas reales en un grupo de estudiantes universitarias que participaron voluntariamente.

La muestra estuvo formada por 28 mujeres, de 18 a 30 años de edad, estudiantes de la Diplomatura en Nutrición Humana y Dietética de la Facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco, España.

Para determinar la composición corporal mediante antropometría se utilizó una báscula, un tallímetro y un lipocalibre, previamente calibrados. El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de los datos de peso y talla, mediante la ecuación: $\text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$. Se determinaron los pliegues cutáneos: bicipital, tricipital, subescapular, suprailíaco, abdominal y del muslo anterior.

Para el cálculo del porcentaje de grasa corporal se utilizaron los seis pliegues cutáneos. Los resultados se interpretaron utilizando la clasificación de Bray y cols. que considera como valores normales los que están entre el 20 y el 30%, valores límites los que se sitúan entre el 31 y el 33%, y define como obesas a las mujeres que presentan porcentajes por encima del 33%. El índice de masa libre de grasa (IMLG) se calculó teniendo en cuenta la estatura, el peso y el porcentaje de grasa corporal.

Para valorar la imagen corporal se utilizó un software somatomórfico. La versión para mujeres tiene una base con 100 imágenes que representan 10 grados de obesidad y 10 grados de musculación. Las imágenes se construyeron utilizando como referencia fotografías de mujeres actuales. En el eje de la grasa corporal, las imágenes comienzan con un 4% de grasa corporal y aumentan hasta un máximo del 40 (mujer

²¹ Cortez, L. y Molina, S. (2006) Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 60-67. Recuperado el 20 de octubre de 2015 de: <http://redalyc.org/www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232908>

muy obesa). Y en el eje de la musculación, las imágenes se calibran en base al índice de masa libre de grasa (IMLG).

La valoración de la percepción de la imagen corporal se realizó antes que las medidas antropométricas. El software planteó cuatro preguntas a las voluntarias: 1) elegir la imagen que mejor representa su cuerpo (imagen actual); 2) elegir la imagen que representa el cuerpo ideal que le gustaría tener (imagen ideal); 3) elegir la imagen que representa el cuerpo de la media de las mujeres de su edad (imagen media), y 4) elegir la imagen que representa el cuerpo femenino que prefieren los hombres (imagen atractiva). En cada caso, la participante avanzaba o retrocedía las imágenes hasta que seleccionaba la que correspondía a su respuesta. En ese momento, hacía clic sobre el botón que indicaba "elijo esta imagen" y el programa pasaba a la pantalla que tenía la siguiente pregunta.

A partir de las imágenes seleccionadas se calcularon los índices de musculación (expresados como IMLG) y los % GC correspondientes. Para cada sujeto se obtuvieron cinco medidas: 1) su grasa corporal y musculación; 2) la percepción de su grasa y musculación; 3) el nivel de grasa y musculación que idealmente le gustaría tener; 4) el nivel de grasa y músculo que cree que tiene la media de mujeres de su edad, y 5) el nivel de grasa y músculo que piensa que los hombres prefieren en las mujeres.

Se calculó la diferencia entre el IMLG actual e ideal, y entre el % GC actual e ideal. En muchos estudios de la literatura se ha utilizado la diferencia entre la imagen actual y la ideal como medida de la insatisfacción con la imagen corporal. Las diferencias positivas se interpretaron como insatisfacción por exceso, y las negativas como insatisfacción por defecto.

Para medir la magnitud de la discrepancia entre la imagen actual y la ideal creamos cuatro categorías. Se consideró que la participante estaba satisfecha cuando la diferencia entre la imagen actual y la ideal fue igual a 0. Las otras tres categorías fueron: 1 (ligeramente insatisfecha, diferencia entre el IMLG de la imagen actual e ideal = $1,5 \text{ kg/m}^2$, diferencia entre el % GC de la imagen actual e ideal = 4%); 2 (moderadamente insatisfecha, diferencia entre el IMLG de la imagen actual e ideal = $3,0 \text{ kg/m}^2$, diferencia entre el % GC de la imagen actual e ideal = 8%); 3 (severamente insatisfecha, diferencia entre el IMLG de la imagen actual e ideal $\geq 4,5 \text{ kg/m}^2$, diferencia entre el % GC de la imagen actual e ideal $\geq 12\%$).

Resultados

En base a la clasificación del IMC: el 7,1% presentó bajo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), el 3,6% sobrepeso ($IMC 25-29,9 \text{ kg/m}^2$), el 7,1% obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) y el 82,1% restante normopeso.

En base al % GC: el 67,9% de la muestra fue clasificado como normopeso, el 14,3% en el límite y el 3,6% como obesidad. El 14,3% presentó valores de % GC por debajo del 20%. Para el IMLG: el 50% de la muestra presentó valores normales, el 46,4% tenían bastante musculatura y el 3,6% presentó valores que raramente se alcanzan sin utilizar fármacos.

En los resultados de las diferencias entre los índices reales (IMLG, % GC) y los obtenidos a partir de la valoración de la percepción de la imagen corporal se hallaron diferencias significativas entre el IMLG actual y el ideal (diferencia: $-1,65 \pm 2,82$; $P < 0,01$). Esta diferencia se utiliza como medida de la insatisfacción con la imagen corporal. El 67,9% se clasificó como insatisfecha respecto al índice de musculación, siendo en la mayoría de los casos la insatisfacción por defecto de musculación.

En el % GC también se encontraron diferencias entre la imagen actual y la ideal (diferencia: $6,00 \pm 8,61$; $P < 0,001$). El 75% de las mujeres estaban insatisfechas con su porcentaje de grasa corporal. El 28,6% se clasificó como severamente insatisfecha, y a este grupo le gustaría tener un porcentaje de grasa corporal de al menos un 12% del que tienen. Se observó una correlación positiva entre el grado de insatisfacción con el % GC y el IMC ($0,487$; $P < 0,01$).

En el presente estudio se registró una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 10,7%, y de bajo peso del 7,1%, resultados similares a los obtenidos en otros estudios.

Respecto a la insatisfacción con la imagen corporal, a la muestra estudiada le gustaría tener más masa muscular de la que tiene. En relación al porcentaje de GC, les gustaría tener menos grasa. Siendo la diferencia entre la real y la de la imagen ideal del 5,09%. En concreto al 57,2% de la población estudiada le gustaría tener menos grasa corporal.

Las correlaciones más altas se hallaron entre las imágenes ideal, media y atractiva para el IMLG, y entre la imagen media y la atractiva en el caso del % GC. La

influencia de factores socio-culturales sobre la imagen corporal podría explicar en parte las correlaciones halladas entre la imagen media de la población y la atractiva e ideal.

En base a los resultados obtenidos, podemos concluir que la percepción de la grasa corporal fue buena, mientras que la de la masa muscular difirió en gran medida de la real. El nivel de insatisfacción corporal fue más elevado para la masa grasa que para el índice de musculación, lo que puede estar justificado por los cánones de belleza actuales y por la sobre-valoración de la delgadez, que hacen que las jóvenes deseen estar más delgadas aún teniendo un IMC normal o en el límite inferior del rango considerado normal.²²

- Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición

El objetivo de este estudio fue comparar la percepción de la imagen corporal con el índice de masa corporal (IMC) calculado a partir del peso y la talla declarados por los sujetos y valorar su capacidad para clasificar el estado de nutrición.

La muestra estuvo formada por 1000 sujetos mayores de 15 años, de los cuales 517 eran hombres y 483 eran mujeres de España.

La información relacionada con la imagen corporal percibida se obtuvo pidiendo al sujeto entrevistado que seleccionara la figura que, según su percepción, correspondía a su imagen corporal actual. Esta figura se debía elegir de entre nueve siluetas diferentes para hombres y mujeres. Se establecieron cuatro categorías: delgado, normal, sobrepeso y obeso tanto para mujeres como para varones.

La información se analizó por sexo, edad (en tres categorías: de 15 a 34 años, de 35 a 54 años y mayores de 55 años) y nivel de escolaridad (primario, secundario, terciario o universitario).

²² Arroyo, M., Ansotegui, L., Pereira, E., Lacerda, F., Valador, N., Serrano, L. y Rocandio, A. M. (2008) Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutrición hospitalaria*, 23, 366-372. Recuperado el 23 de octubre de 2015 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000500009

Resultados

La distribución por sexo del IMC y de la imagen corporal percibida, según los puntos de corte establecidos, permitieron observar que los hombres mostraron una mayor proporción de sobrepeso que las mujeres, mientras que respecto a la imagen corporal lo más destacable es que un mayor porcentaje de hombres se autocalificaron en la normalidad.

Al analizar los dos indicadores por grupos de edad y sexo, se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad en hombres y mujeres, asimismo al comparar ambos sexos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas

La clasificación, en función de la edad, de la imagen corporal percibida muestra tendencias y porcentajes similares a las del IMC tanto en hombres como en mujeres. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre los grupos de edad para ambos sexos. Al comparar ambas distribuciones usando la imagen corporal percibida, se observó que la proporción de sujetos en los niveles de normalidad tendía a aumentar y que la prevalencia de sobrepeso en los hombres tendía a subestimarse, especialmente en el grupo de 15 a 34 años. En las mujeres lo más sobresaliente es que al usar la imagen corporal percibida se sobrestimaba el sobrepeso en el grupo de mayores de 55 años y que se subestimaba la delgadez en los grupos de 15 a 34 años y de 35 a 54 años, así como la obesidad en el grupo de mayores de 55 años.

Al estratificar por nivel educativo, se observó en ambos sexos que la mayor proporción se encontraba en el nivel de normalidad, y que a mayor nivel de educación existía menor prevalencia de sobrepeso y obesidad; cabe aclarar que esta tendencia fue mayor en las mujeres que en los hombres. Con la imagen corporal percibida se observó el mismo fenómeno que con el IMC, ya que a medida que aumentaba el nivel de educación disminuía la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, nuevamente en el caso de los hombres se observó una marcada subestimación del sobrepeso y la obesidad, de tal forma que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos para ambos indicadores.

Los resultados de la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos del indicador de imagen corporal con referencia al IMC permiten observar que la aproximación cualitativa de la imagen es capaz de identificar a los sujetos que se

encuentran en los grupos extremos: sobrepeso y obesidad respecto a la delgadez, con valores de sensibilidad y especificidad superiores a 0.90. La precisión de dichas estimaciones fue alta en el caso de la sensibilidad y algo menor para la especificidad, de tal modo que se encontraron precisiones comparables para los valores predictivos positivos y negativos. En el caso de las comparaciones entre los grupos con el estado de nutrición deficitario o con excesivo sobrepeso respecto a la normalidad, sólo para la especificidad y los valores predictivos negativos se encontraron cifras por encima de 0.80. En cambio, la sensibilidad para distinguir la delgadez y el sobrepeso frente a la normalidad, y la obesidad frente al sobrepeso fue inaceptablemente baja; también lo fueron los valores predictivos positivos. En general, fue más fácil clasificar a las mujeres que a los hombres, a partir de la percepción de la imagen corporal.²³

²³ Madrigal Fritsch, H., Irala Estevez, J., Martinez Gonzalez, M., Kearney, J., Gibney, M., Martinez Hernandez, J. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*, 41, 479-486. Recuperado el 23 de octubre de 2015 de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n6/v41n6a06.pdf>

ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en una institución privada, la Universidad Abierta Interamericana (UAI), en la sede ubicada en Ovidio Lagos n° 944, en la zona centro de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Rosario está ubicada en la zona sudeste de la provincia de Santa Fe, República Argentina, a orillas del río Paraná. Es la tercera ciudad más poblada de Argentina después de Buenos Aires y Córdoba, y constituye un importante centro cultural, económico, educativo, financiero y de entretenimiento. Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al MERCOSUR, en el extremo sur del continente americano. Es cabecera del Departamento homónimo y se sitúa a 300km de la ciudad de Buenos Aires.

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, transversal, cualitativo y cuantitativo.

Es un estudio descriptivo porque se detallaron los factores más importantes que influyen en la percepción de la imagen corporal y las características de los trastornos de la conducta alimentaria.

Es un estudio transversal ya que permitió estudiar a la población de mujeres estudiantes en un momento determinado. Es de gran utilidad para valorar el estado nutricional de esta muestra y para determinar la ingesta alimentaria.

Es un estudio cualitativo y cuantitativo porque se pudo conocer mediante la encuesta y el formulario de frecuencia de comidas la conducta, los hábitos y la ingesta alimentaria, tanto sea en cantidad como en calidad. También nos permitió examinar ciertos datos de manera numérica como son la talla, el peso y los pliegues antropométricos.

Población

La población objetivo corresponde a mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera licenciatura en nutrición de la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario.

- Universo: 65 estudiantes de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario.
- Muestra: 40 mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario.

Los criterios de inclusión fueron mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera licenciatura en nutrición, y los de exclusión fueron los estudiantes masculinos y aquellas mujeres que no cumplen con el rango de edad.

Técnicas de recolección de datos

Los datos se obtuvieron mediante un formulario de frecuencia de comidas (ver anexos) y una encuesta alimentaria (ver anexos) de carácter anónimo. Además, para valorar el estado nutricional se requirió de una balanza, un tallímetro, un plicómetro y una cinta antropométrica.

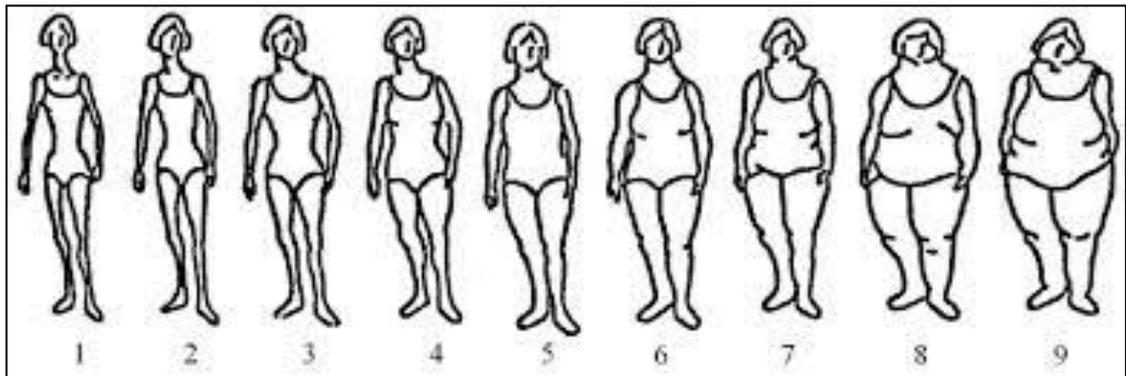
Instrumentos y procedimientos

Se utilizó como herramienta principal para analizar la alimentación del participante el formulario de frecuencia de comidas adaptado a la investigación. Este formulario consiste en una lista de alimentos en la que se debe especificar cuáles consume, en qué cantidad y cuantas veces a la semana.

Otro instrumento primordial para esta investigación fue la encuesta alimentaria. Para su confección se emplearon preguntas de carácter cerrado y la realización de la misma se llevó a cabo de manera individual. Por medio de la encuesta se obtuvo información sobre los hábitos y conductas alimentarias (basado en el Eating Attitudes Test - EAT) de las personas encuestadas. Además se les proporcionó modelos de siluetas corporales para poder determinar la autopercepción que tienen de su imagen

corporal, y como consecuencia, un posible riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria.

Para valorar la percepción de la imagen corporal se usó una adaptación del método propuesto por Stunkard y Stellard (1990) y modificado por Collins (1991). En el mismo muestran 9 figuras femeninas que van siendo progresivamente más robustas. Cada silueta tiene asignado su IMC correspondiente, de manera que la más delgada equivaldría a un IMC de $17\text{kg}/\text{m}^2$ y la más robusta $33\text{kg}/\text{m}^2$. De esta manera cada silueta representaría un estado nutricional distinto:



- la figura 1: bajo peso ($\text{IMC} = 17\text{kg}/\text{m}^2$),
- las figuras 2, 3 y 4: estado nutricional normal ($\text{IMC} = 19, 21, 23\text{kg}/\text{m}^2$ respectivamente)
- las figuras 5, 6 y 7: sobrepeso ($\text{IMC} = 25, 27, 29\text{kg}/\text{m}^2$ respectivamente)
- las figuras 8 y 9: obesidad ($33\text{kg}/\text{m}^2$)

Además, para poder determinar el estado nutricional, se realizaron mediciones antropométricas. Para el presente trabajo se tuvieron en cuenta: el peso, la talla, el pliegue tricípital y la circunferencia muscular del brazo. Con el peso y la talla se pudo obtener el Índice de Masa Corporal (IMC).

CRONOGRAMA Y PLAN DE ACTIVIDADES

Duración del Proyecto: 6 meses

Meses Actividades	Meses					
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Exploración bibliográfica/ Recopilación antecedentes y trabajos previos	X	X	X	X	X	
Confección de encuestas		X				
Prueba piloto de las encuestas			X			
Realización de encuestas				X		
Evaluación y análisis de las encuestas realizadas				X	X	
Elaboración de las conclusiones					X	X
Informe final						X

RESULTADOS (Interpretación y Análisis de datos)

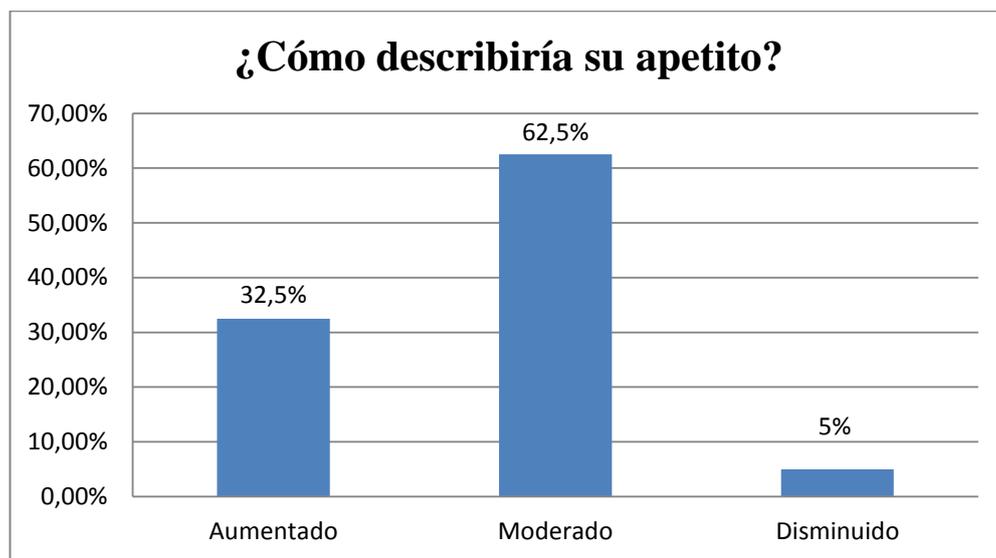
El trabajo de campo se llevó a cabo en la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario, con una muestra de 40 mujeres estudiantes del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición.

Los datos obtenidos provienen de la encuesta alimentaria, del formulario de frecuencia de comidas y de la valoración antropométrica realizada en el período de 2 meses.

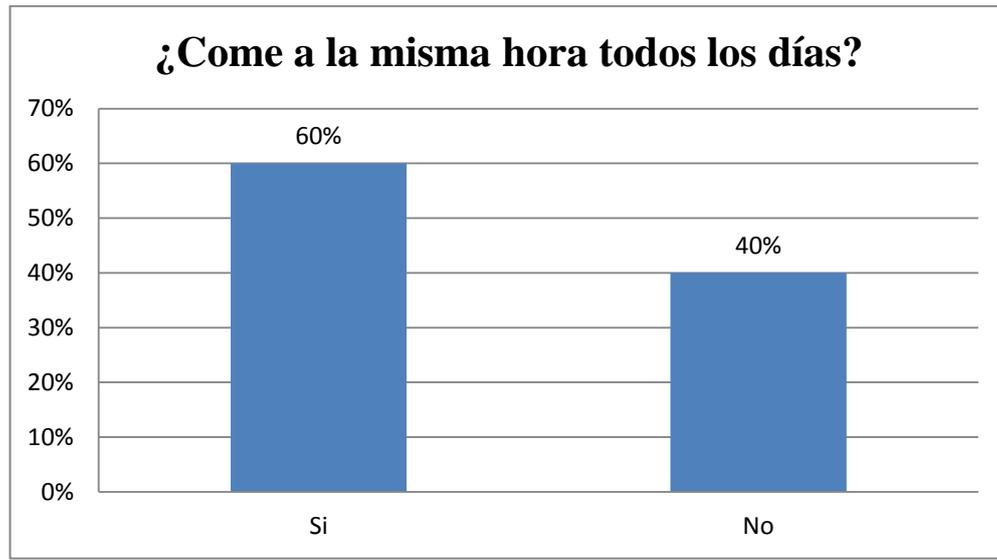
A continuación se presentan los resultados obtenidos, analizados en forma gráfica:

Datos obtenidos de la encuesta alimentaria:

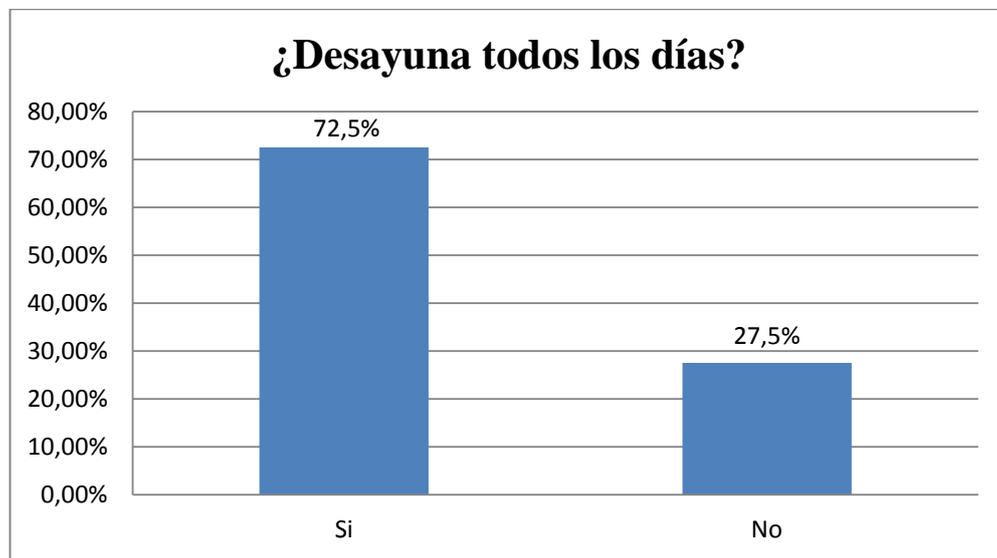
- **GRAFICO N° 1**



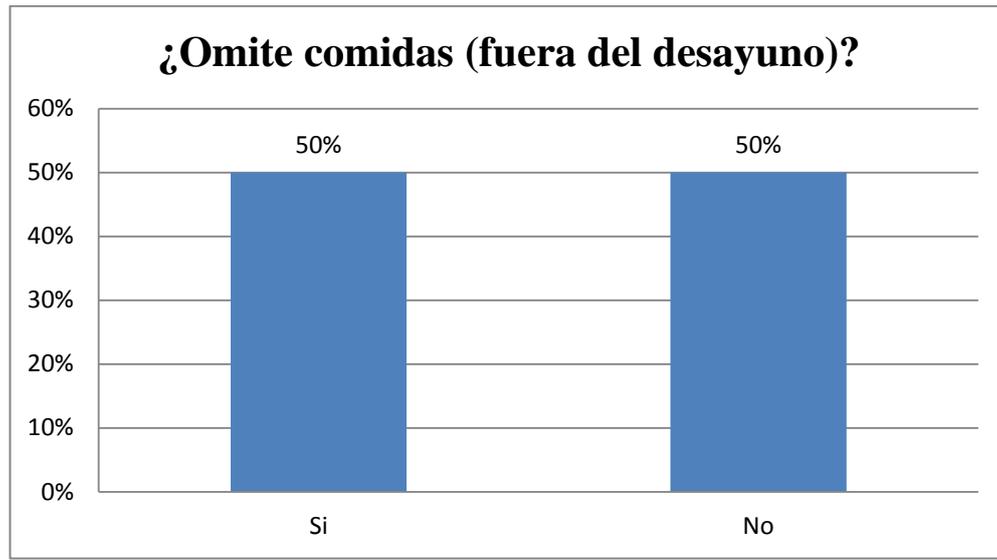
- **GRAFICO N° 2**



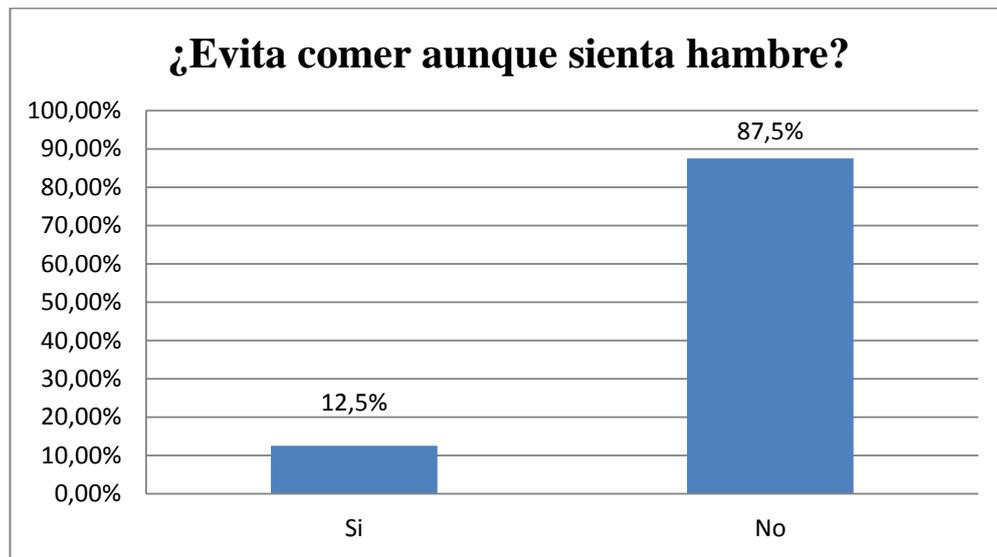
- **GRAFICO N° 3**



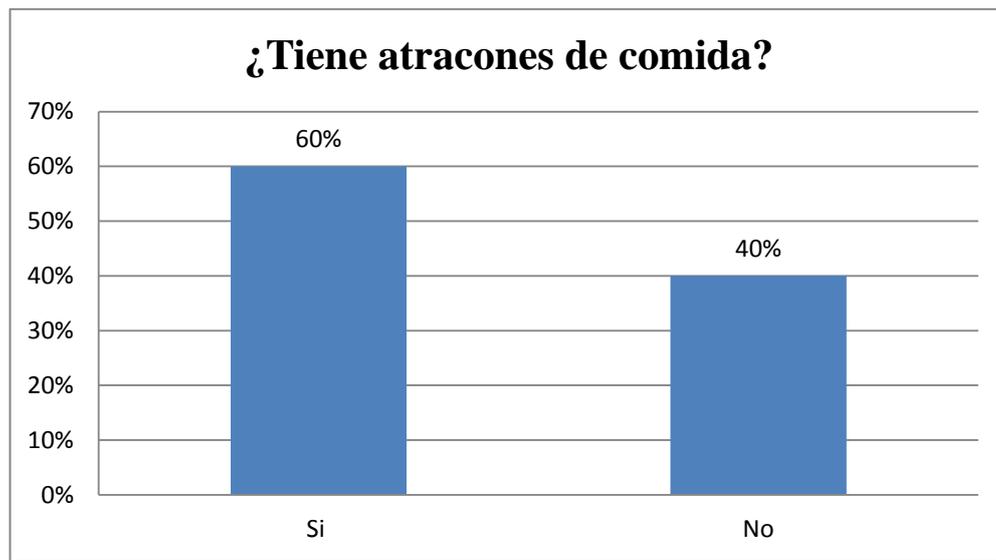
- **GRAFICO N° 4**



- **GRAFICO N° 5**

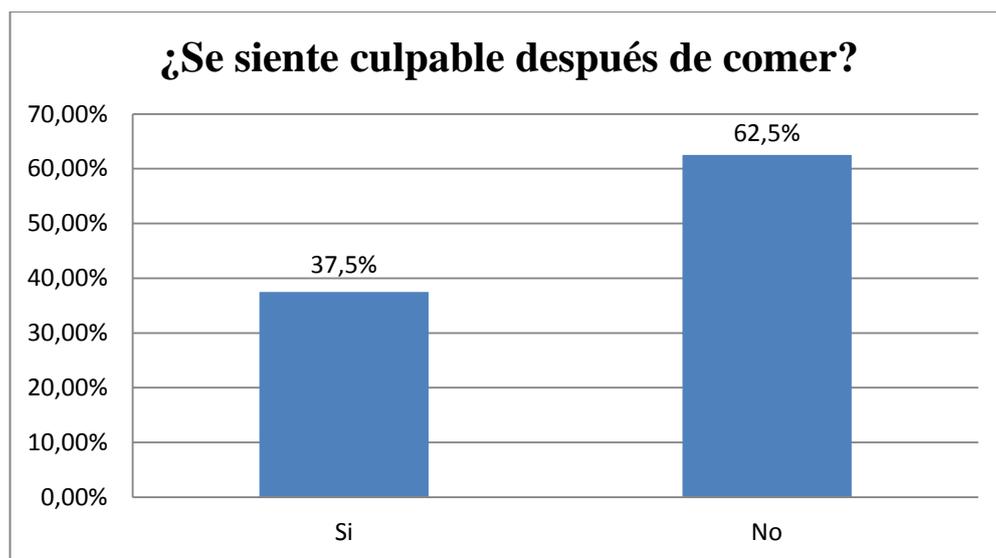


- **GRAFICO N° 6**



Como se puede observar en el gráfico n° 6, el 60% de las encuestadas presentaron atracones de comida en los que sienten que no pueden parar. Algunas de ellas indicaron tener más de 1 atracón por semana.

- **GRAFICO N° 7**



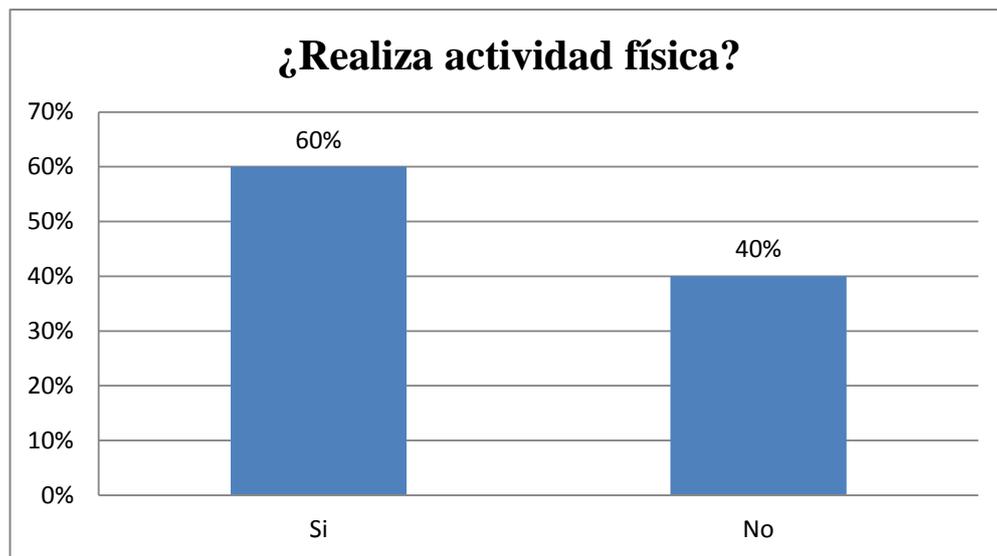
Como se puede observar en el gráfico n° 7 el 37,5% de las estudiantes se sienten culpables después de comer.

- **GRAFICO N° 8**

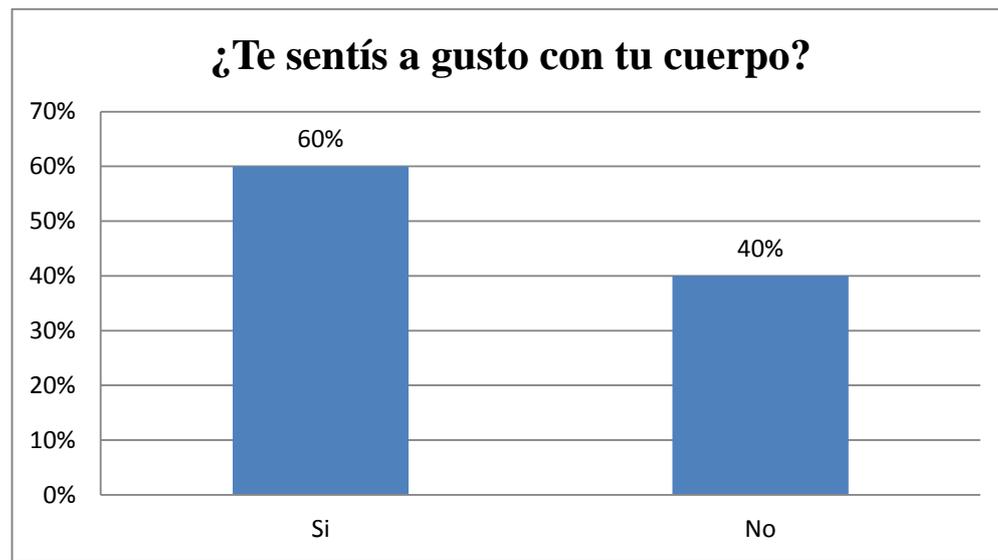


El 67,5% de las encuestadas afirmaron que se controlaban en las comidas y sólo el 32,5% no lo hacía.

- **GRAFICO N° 9**

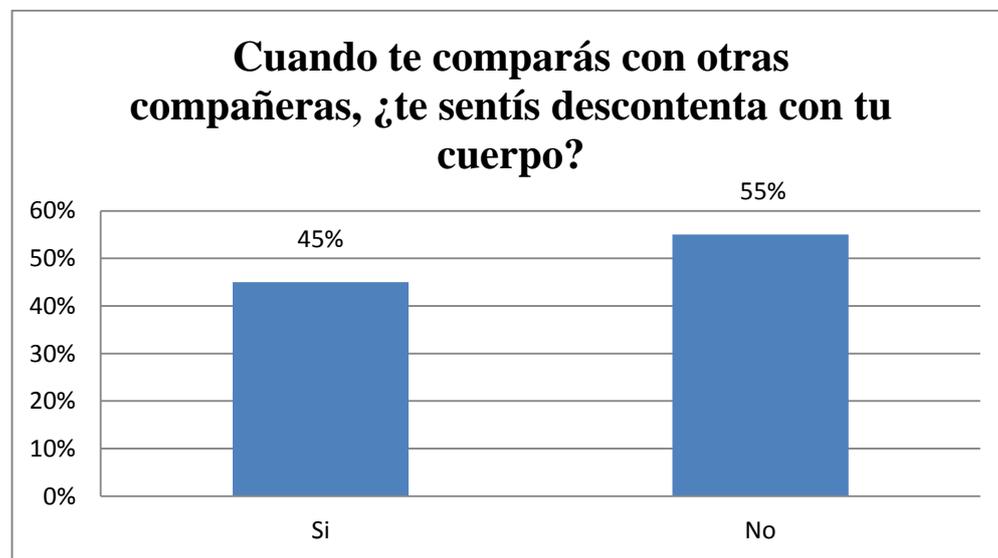


- **GRAFICO N° 10**



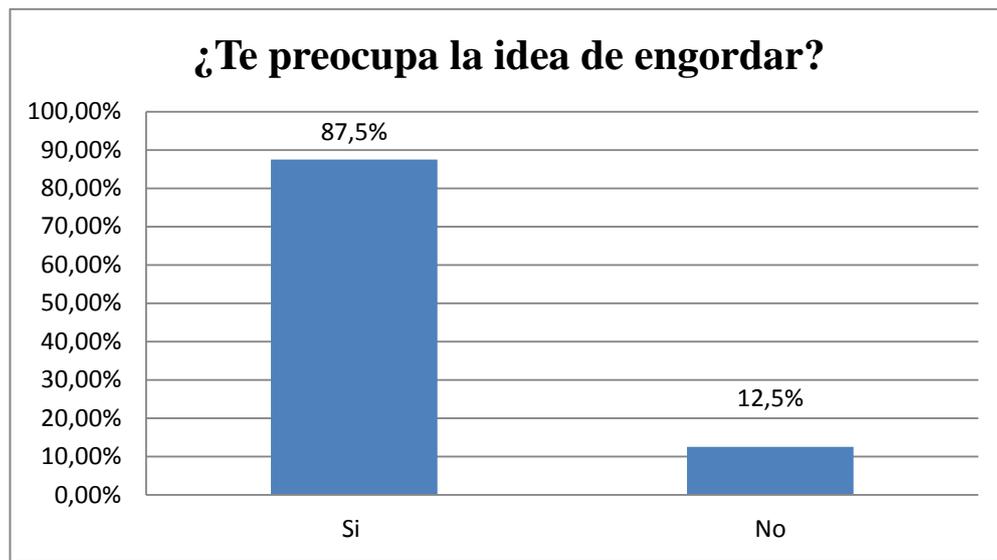
El 40% de las mujeres estudiantes afirmó no sentirse a gusto con su cuerpo.

- **GRAFICO N° 11**



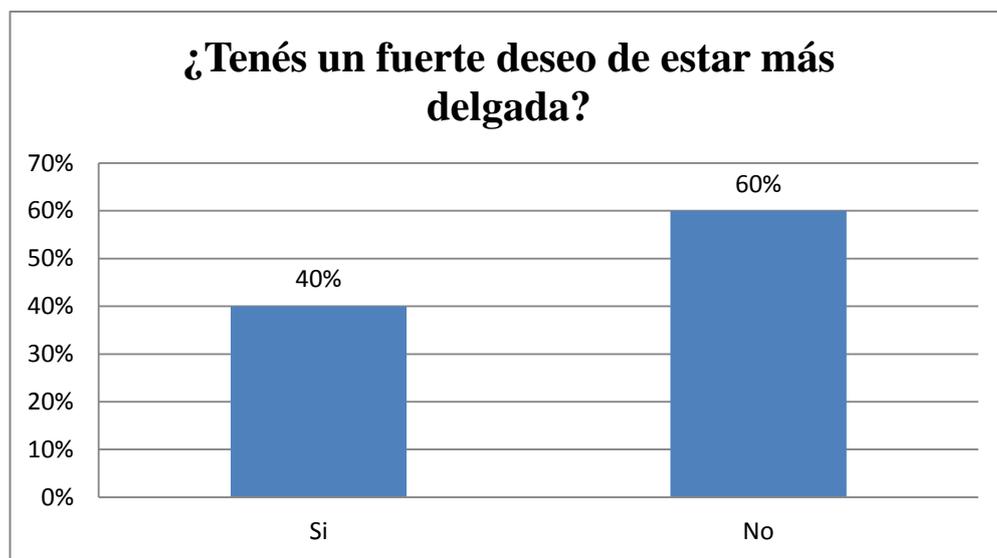
El 45% de las encuestadas indicó sentirse descontenta con su cuerpo cuando se comparan con otras compañeras y el 55% respondió que no.

- **GRAFICO N° 12**



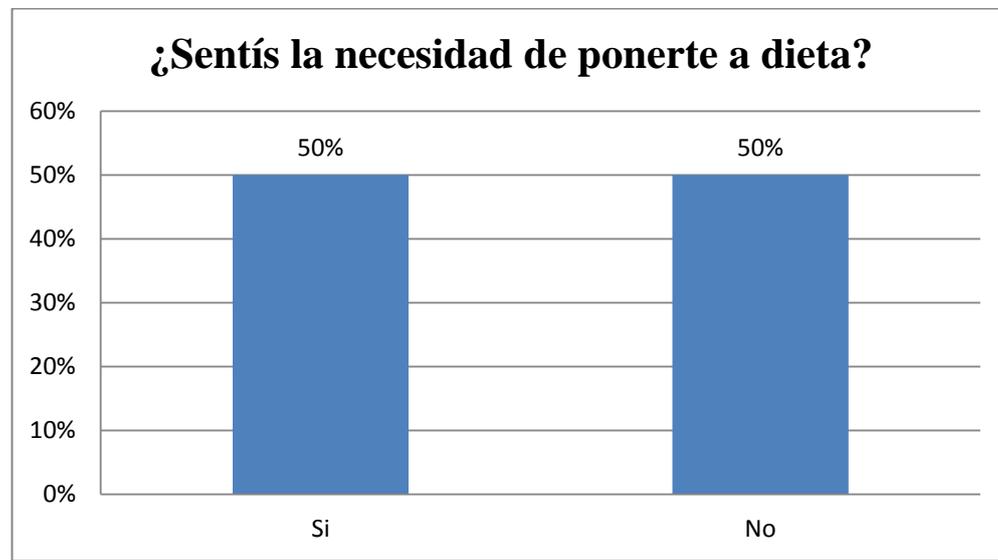
Como se puede observar en el gráfico n° 12 el 87,5% de las estudiantes reconoció que les preocupa la idea de engordar, y sólo el 12,5% indicó que no.

- **GRAFICO N° 13**

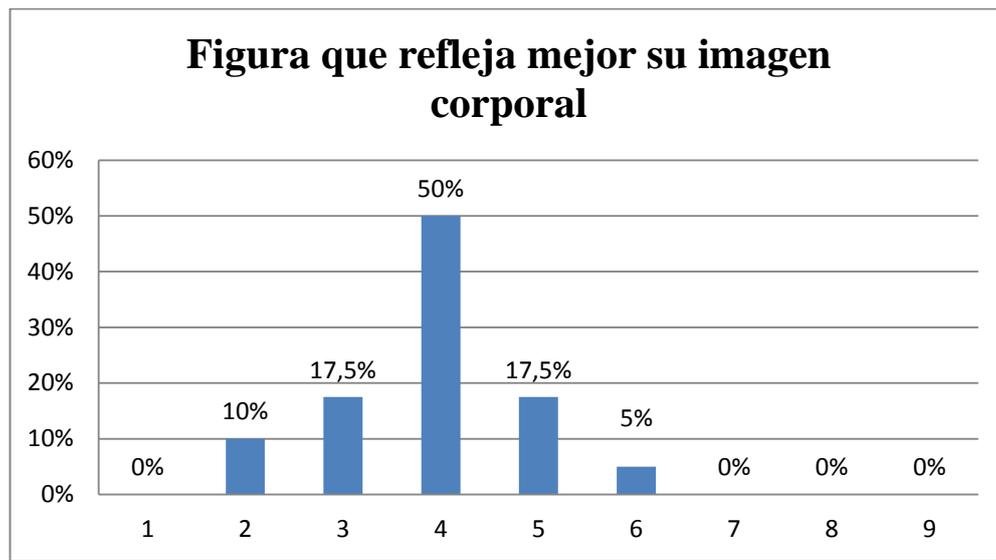


El 40% de las mujeres encuestadas indicó tener un fuerte deseo de estar más delgada.

- **GRAFICO N° 14**

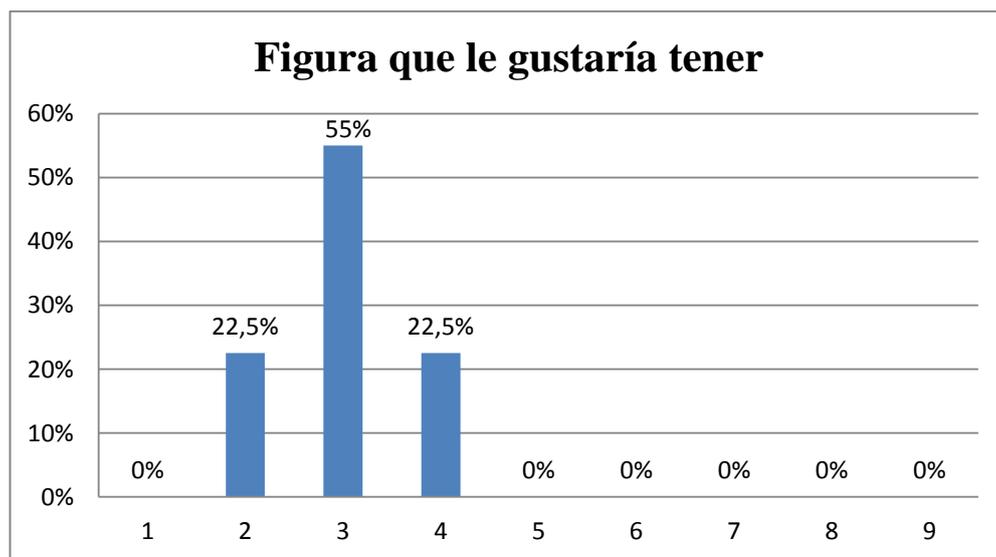


La mitad de las estudiantes (50%) afirmaron que tienen la necesidad de ponerse a dieta, a pesar de que algunas tienen un peso dentro de los parámetros de normalidad para su peso y su talla.

GRAFICO N° 15

Como se puede observar en el gráfico n° 15, las figuras que mejor reflejan su imagen corporal elegidas por el 77,5% de las estudiantes son la 2, 3 y 4 que representan un IMC normal, es decir, un estado nutricional normal. Mientras que un 22,5% de las mujeres se autodefinió con sobrepeso (figura 5 y 6).

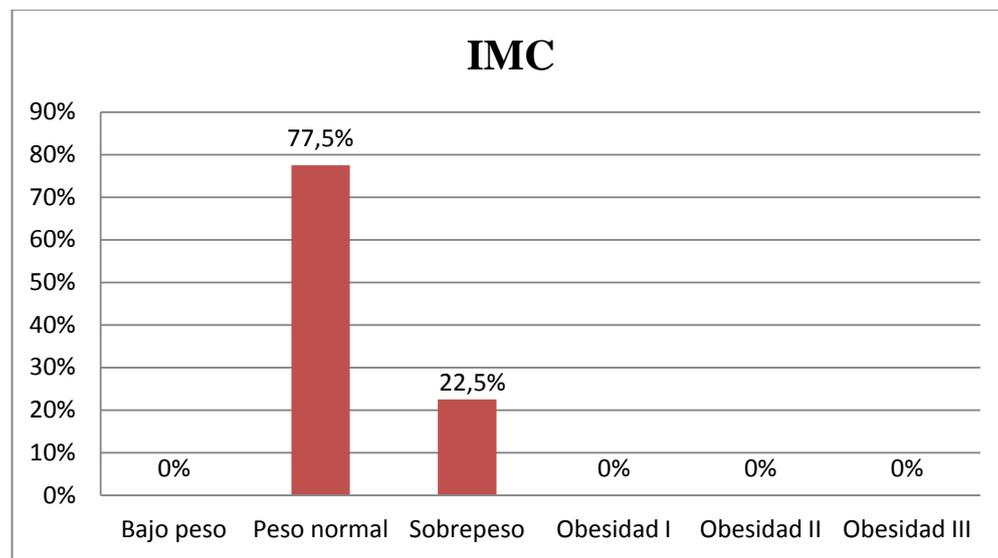
- **GRAFICO N° 16**



Con respecto al gráfico n° 16, el 100% de las mujeres encuestadas indicaron que la figura que les gustaría tener es la de un estado nutricional normal (IMC=19, 21, 23 kg/ m²), es decir, las siluetas más elegidas fueron la 2, 3 y 4.

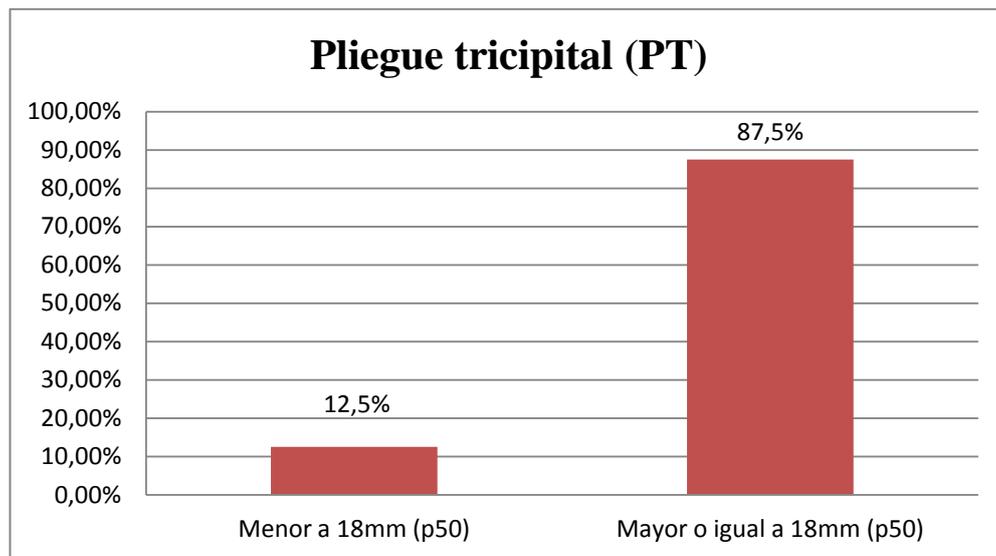
Datos obtenidos de la valoración antropométrica:

- **GRAFICO N° 17**



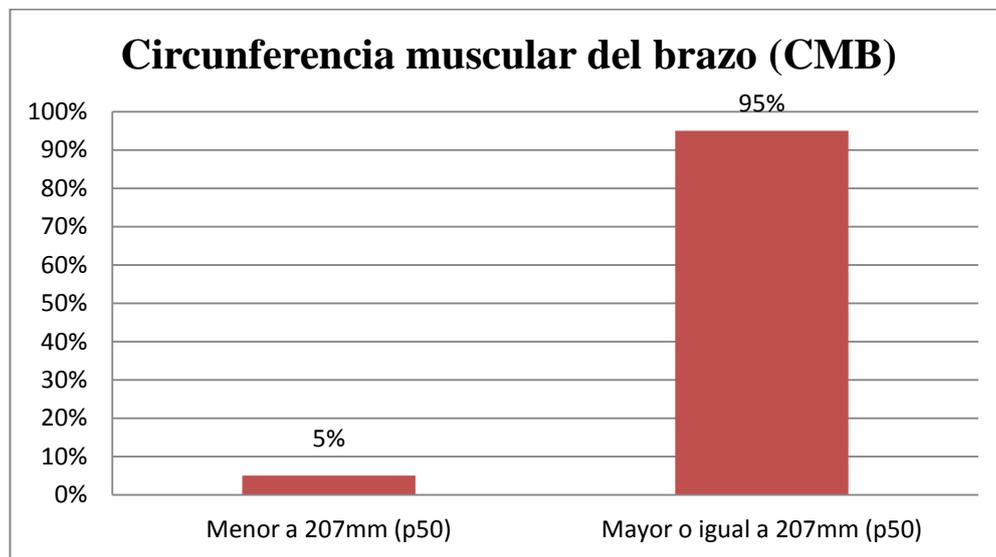
Como se puede observar en el gráfico un 77,5% de las mujeres tiene un IMC normal (18,5-24,9kg/m²) y sólo un 22,5% padecen sobrepeso. Ninguna presentó bajo peso.

- **GRAFICO N° 18**



Como se puede observar en el gráfico un 12,5% de las mujeres poseen un pliegue tricipital menor a 18mm, mientras que un 87,5% tiene el pliegue tricipital mayor o igual a 18mm, valor que se encuentra en el percentil 50 para la edad.

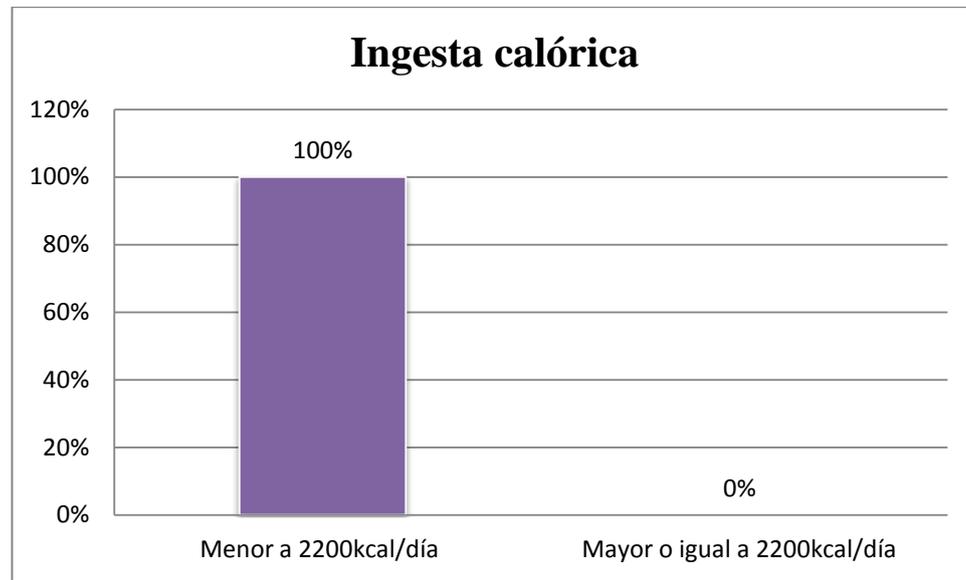
- **GRAFICO N° 19**



Como se puede observar en el gráfico un 5% de las mujeres poseen una circunferencia muscular del brazo menor a 207mm, mientras que un 95% tiene una circunferencia mayor o igual a 207mm, valor que se encuentra en el percentil 50 para la edad.

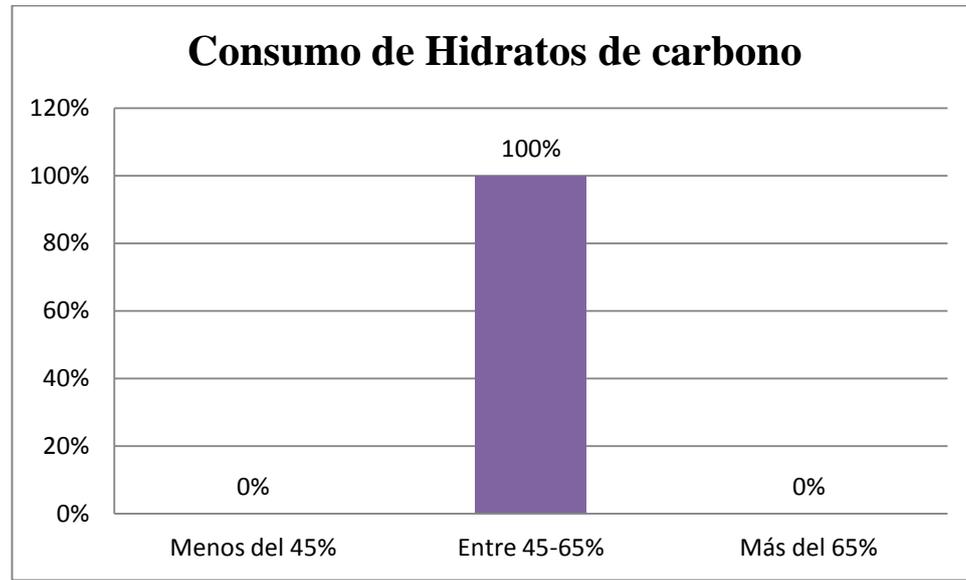
Datos obtenidos del formulario de frecuencia de comidas:

- **GRAFICO N° 20**



El requerimiento calórico para mujeres de 18 a 25 años de edad con una actividad física moderada es de 2200kcal. Como se puede observar en el gráfico n° 20 el 100% de las encuestadas no llegan a cubrir la recomendación.

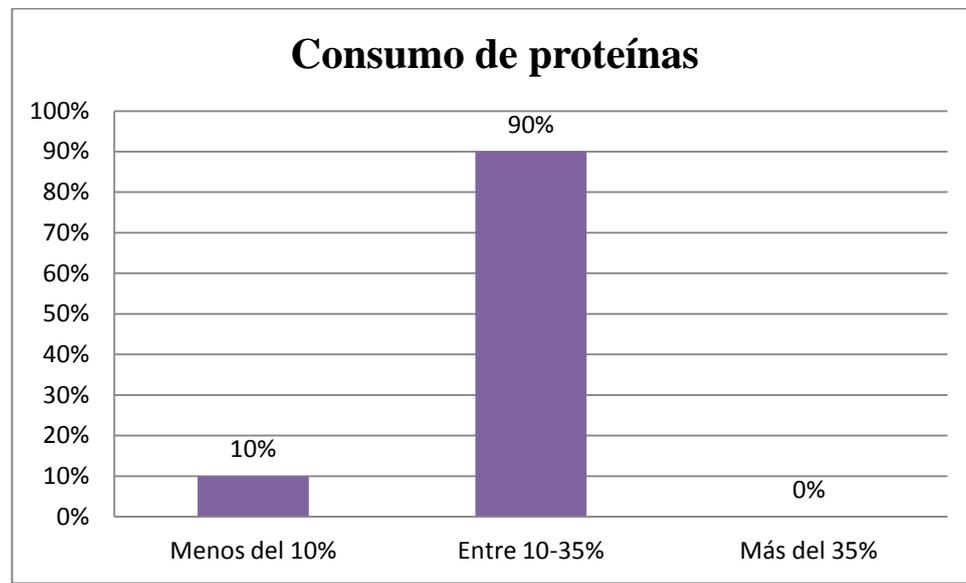
- **GRAFICO N° 21**



Las recomendaciones dietéticas de hidratos de carbono para las mujeres de 19 a 25 años, como se expuso anteriormente, son de un 45-65% del valor calórico total.

Podemos observar que el 100% de las encuestadas cubren con la recomendación.

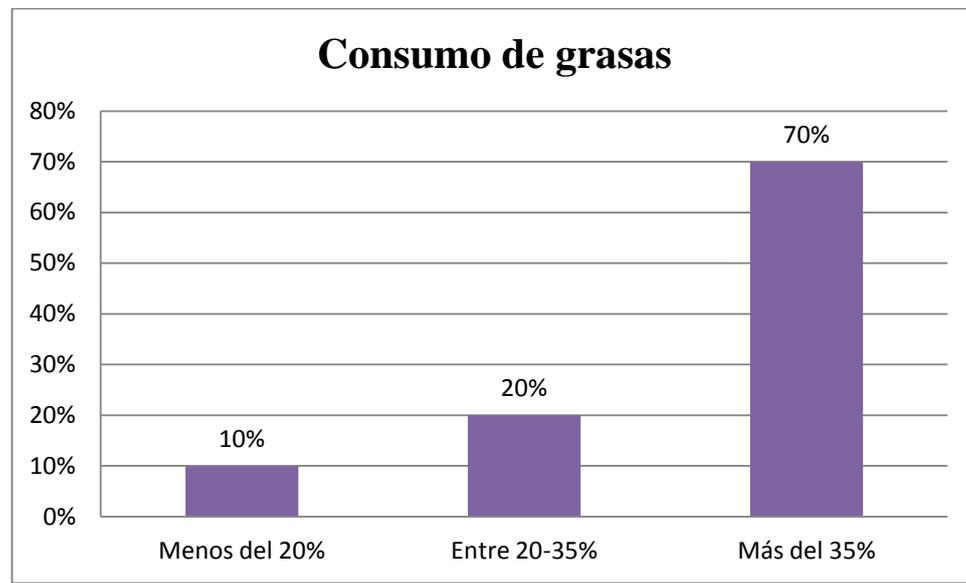
- **GRAFICO N° 22**



Las recomendaciones dietéticas de proteínas para las mujeres de 18 a 25 años de edad, son de un 10-35% del valor calórico total.

El 10% de las estudiantes consume menos del 10% del valor calórico total de proteínas al día, mientras que un 90% cubre con la recomendación.

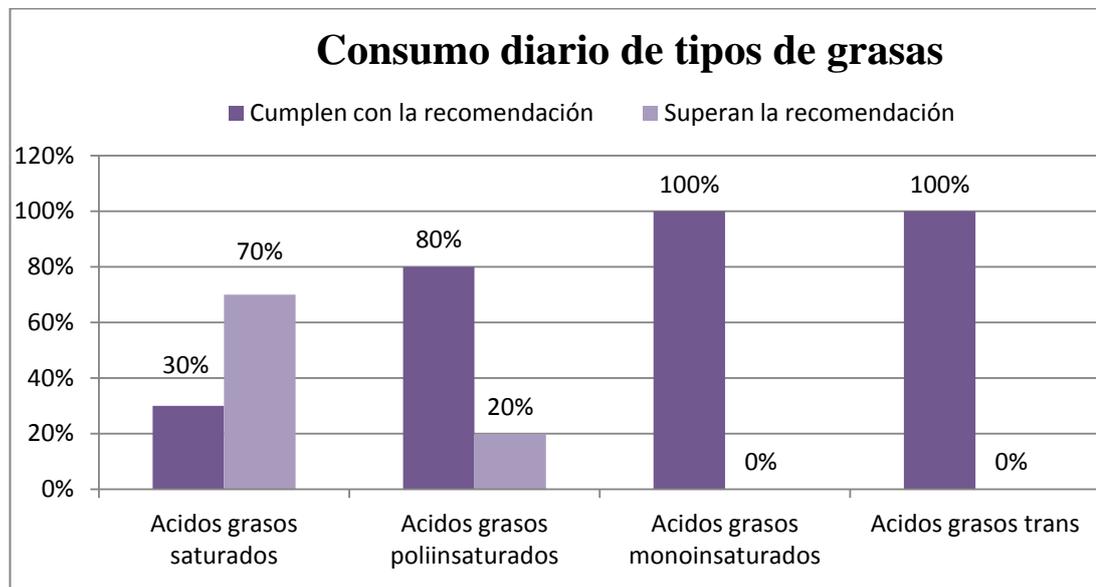
- **GRAFICO N° 23**



Las recomendaciones dietéticas de grasas para las mujeres de 18 a 25 años, son de un 20-35% del valor calórico total.

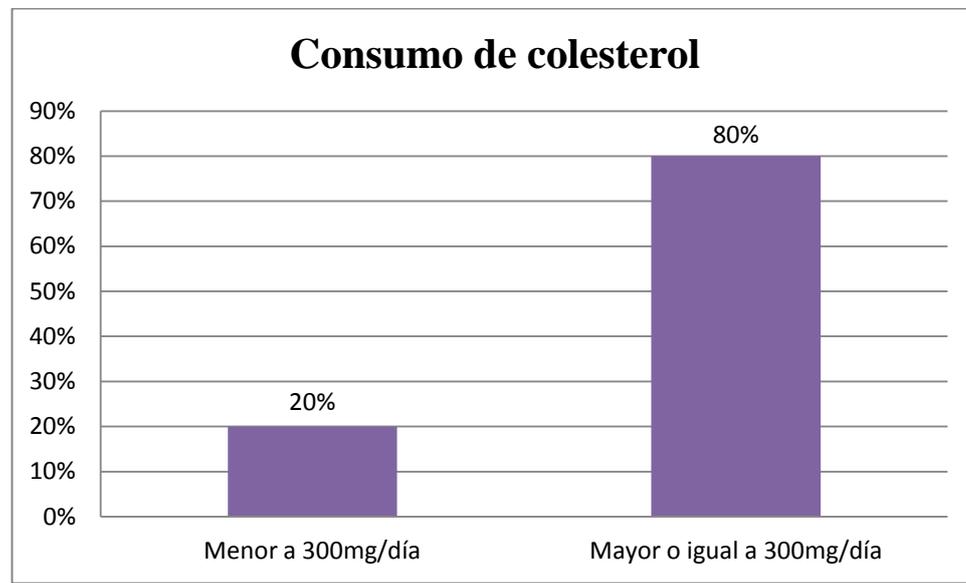
Como se puede observar en el grafico n° 23 un 10% de las mujeres consumen menos del 20% de grasas, el 20% consume entre 20-35%, es decir, que cubren la recomendación y el 70% de las encuestadas se excede del 35% del VCT de grasas al día.

- **GRAFICO N° 24**



Anteriormente se describieron las recomendaciones para los distintos tipos de grasas. Teniendo en cuenta esto, se puede observar en el gráfico n° 24 que la mayoría de las estudiantes cumplen con el porcentaje recomendado para los ácidos grasos poliinsaturados, monoinsaturados y trans, pero no así, con los ácidos grasos saturados ya que el 70% de las encuestadas superan la recomendación.

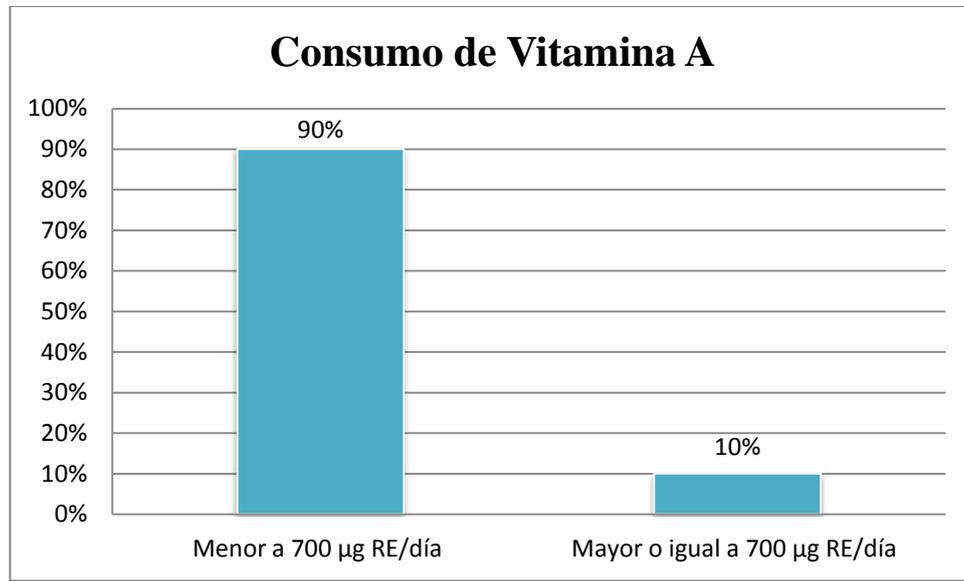
- **GRAFICO N° 25**



Como podemos observar en el gráfico n° 25 la mayoría (80%) de las mujeres estudiantes tienen un consumo mayor o igual a 300mg/día, es decir, que se exceden de la recomendación.

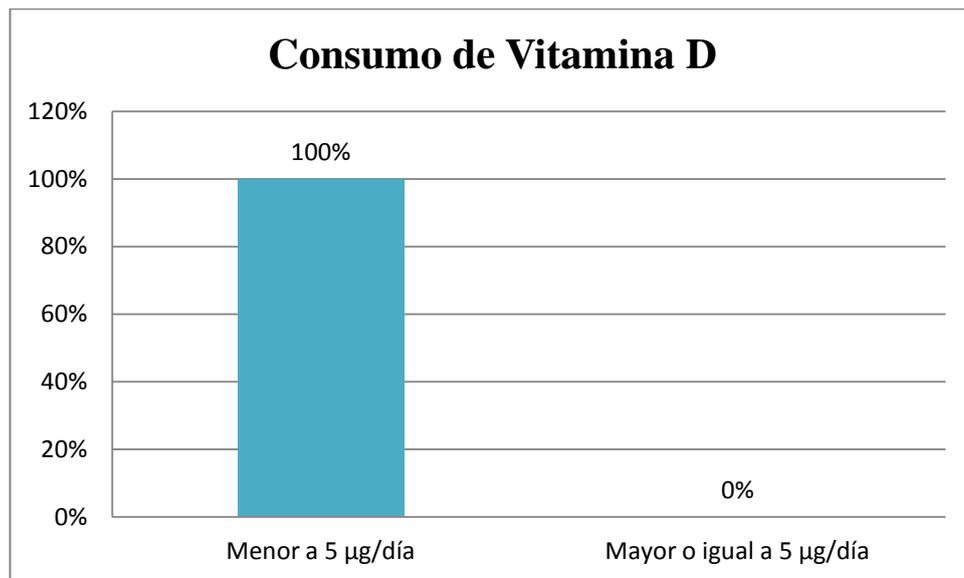
Consumo de Vitaminas

- **GRAFICO N° 26**



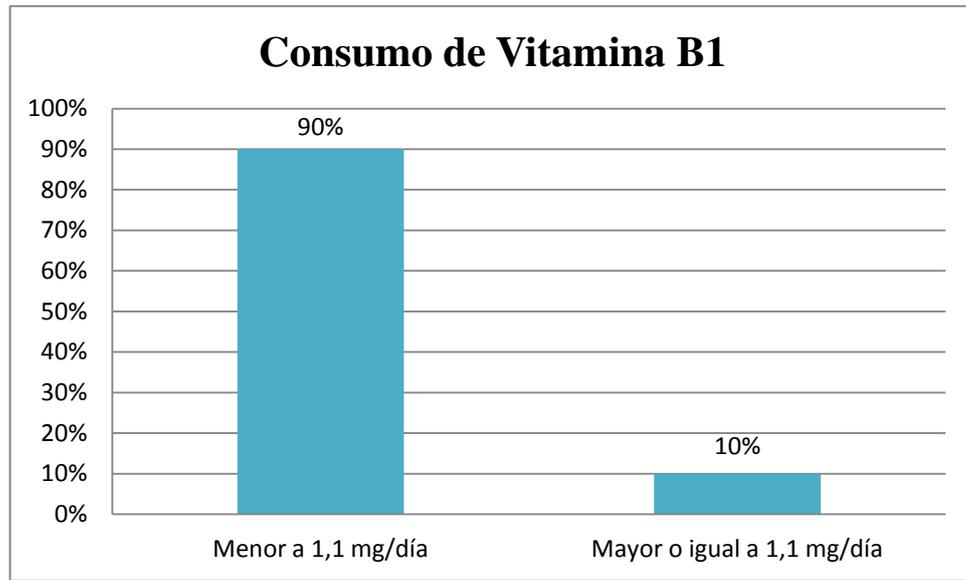
De acuerdo a la recomendación diaria de vitamina A, podemos observar que el 90% de las estudiantes no llegan a cubrirla, mientras que sólo un 10% cumple con la recomendación.

- **GRAFICO N° 27**



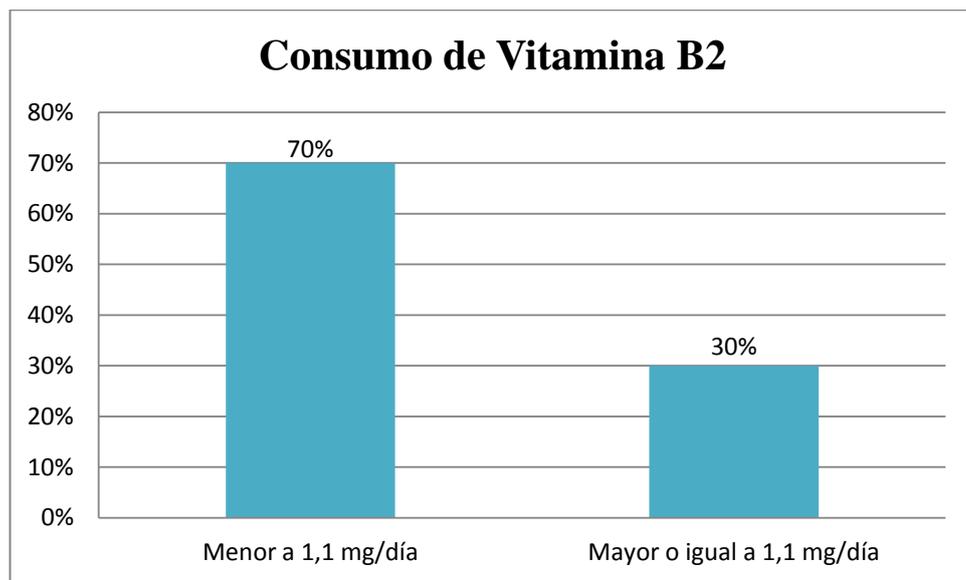
Como se puede observar en el gráfico n° 27 la totalidad de las mujeres estudiantes tienen un consumo de vitamina D por debajo de su recomendación.

- **GRAFICO N° 28**



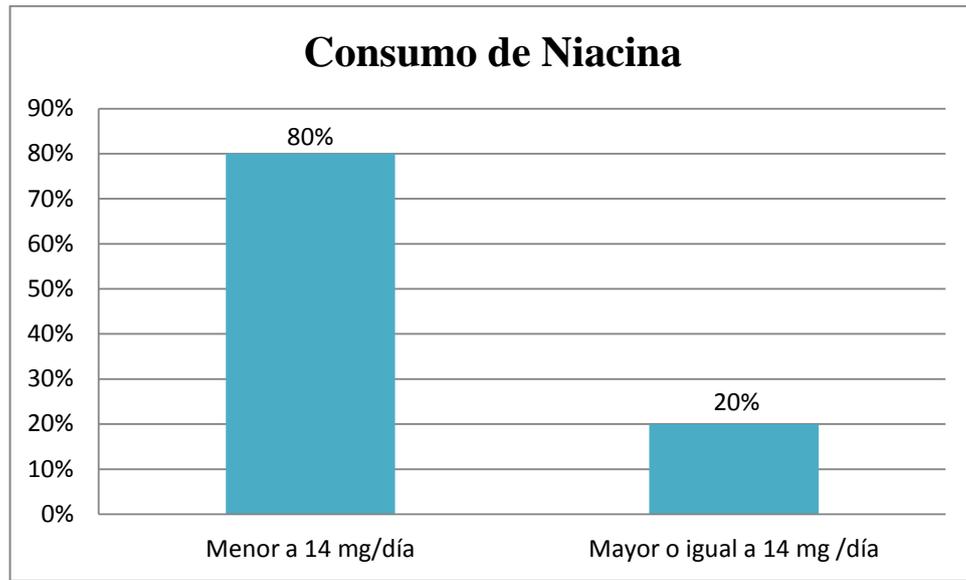
Teniendo en cuenta la recomendación diaria de vitamina B1, podemos observar en el gráfico n° 28 que el 90% de las encuestadas no llegan a cubrirla, mientras que sólo un 10% cumple con la recomendación.

- **GRAFICO N° 29**



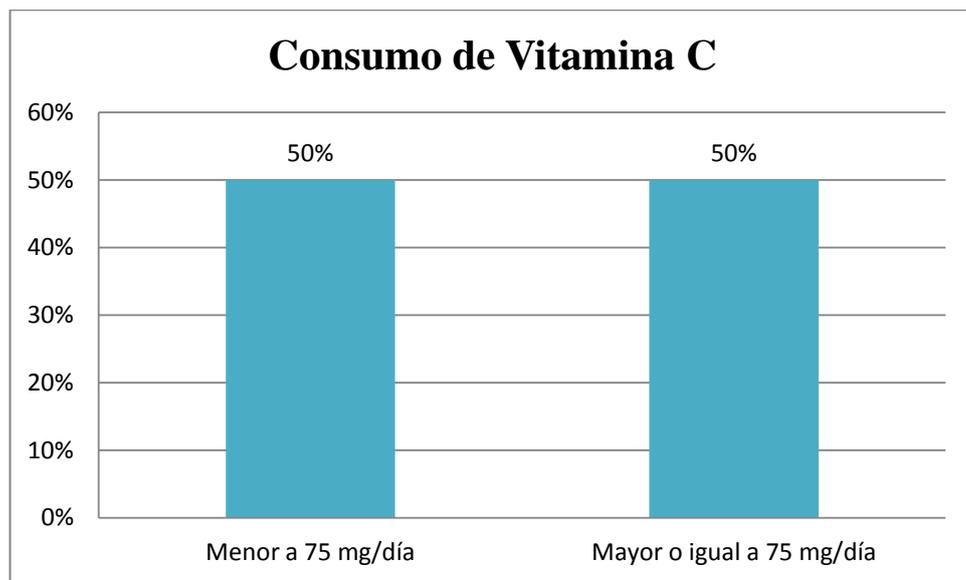
Como se puede observar en el gráfico el 70% de las estudiantes no llegan a cubrir la recomendación diaria de vitamina B2.

- **GRAFICO N° 30**



De acuerdo a la recomendación diaria de niacina, podemos observar que el 80% de las mujeres no la cubren, y sólo el 20% consume una cantidad mayor o igual a la recomendación.

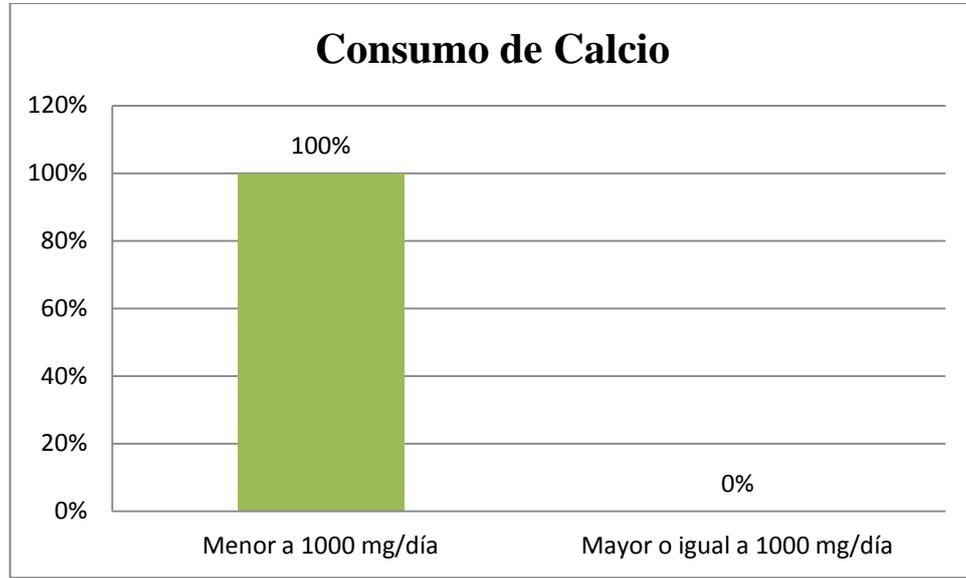
- **GRAFICO N° 31**



Como podemos observar en el grafico n° 31, el 50% de las estudiantes no llega a cubrir la recomendación diaria de vitamina C y el otro 50% supera o iguala la cantidad recomendada.

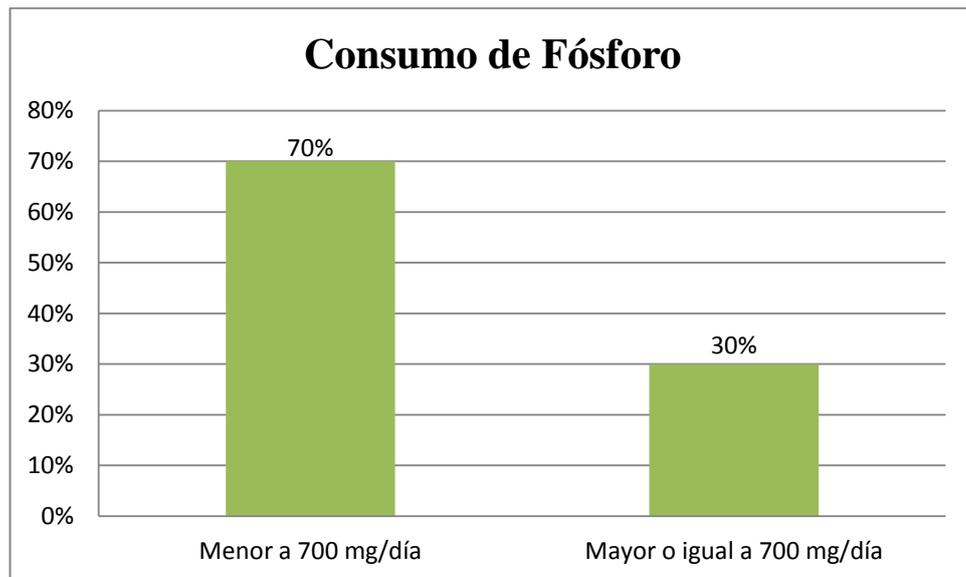
Consumo de Minerales

- **GRAFICO N° 32**



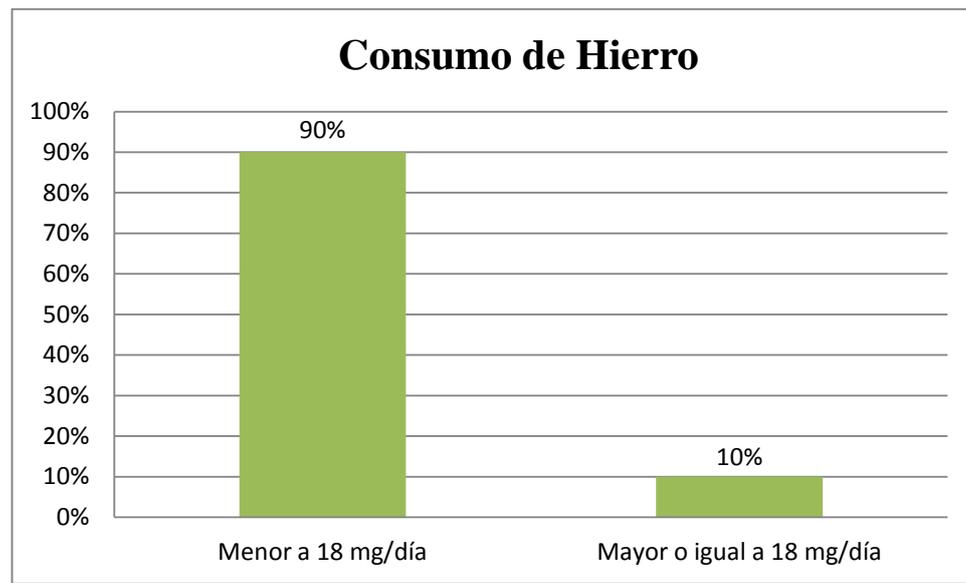
Como se puede observar en el gráfico n° 32, ninguna de las estudiantes consume la cantidad recomendada de calcio.

- **GRAFICO N° 33**



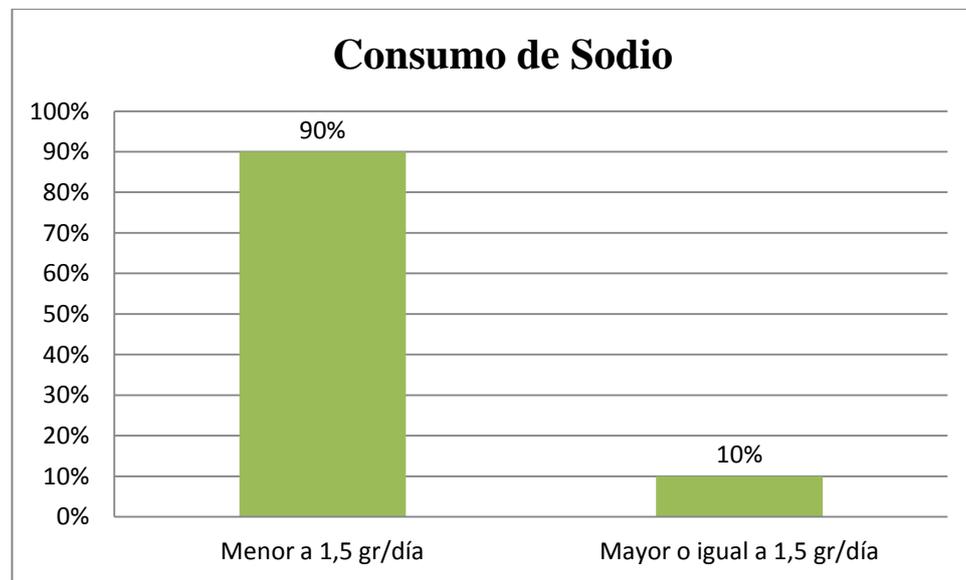
De acuerdo a la recomendación diaria de fósforo, el 70% de las encuestadas tiene un consumo menor al mismo, y sólo el 30% lo supera o lo iguala.

- **GRAFICO N° 34**



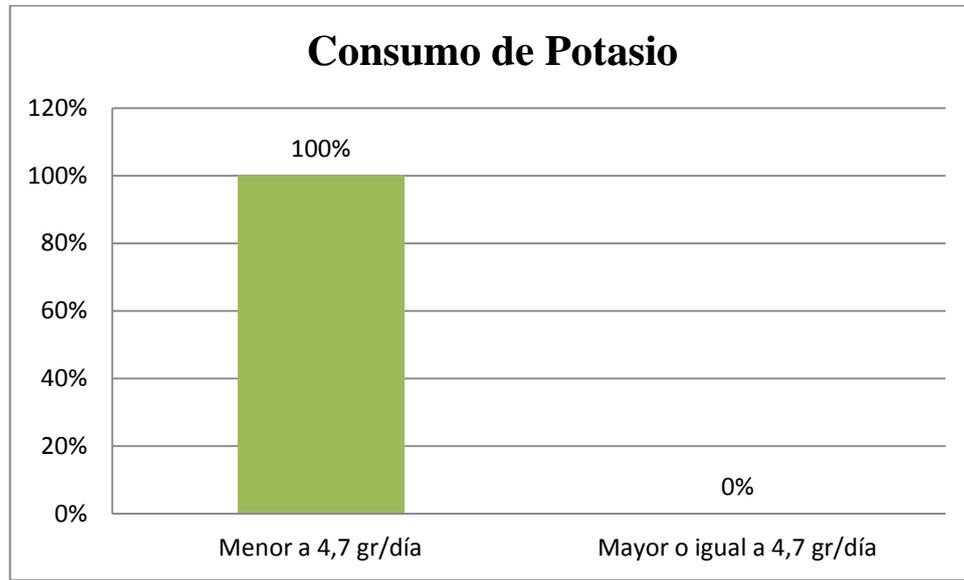
Un 90% de las mujeres estudiantes no cumple con el requerimiento de hierro diario, y sólo un 10% cubre la recomendación.

- **GRAFICO N° 35**



Teniendo en cuenta únicamente el sodio proveniente de los alimentos, se puede observar en el gráfico n° 35 que un 90% de las estudiantes no llega a consumir 1,5 gr/día de sodio, es decir, que no cubren con la recomendación.

- **GRAFICO N° 36**



Como se puede observar en el gráfico n° 36, la totalidad de las encuestadas no llegan a cubrir la recomendación diaria de potasio.

CONCLUSIÓN

Como resultado de la investigación llegué a la conclusión, a diferencia de la hipótesis planteada, que las mujeres estudiantes de 18 a 25 años del primer año de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario, no poseen una distorsión significativa de su imagen corporal en relación a la valoración antropométrica. Esto quiere decir, que los resultados obtenidos no concuerdan con la hipótesis planteada anteriormente, sin embargo las personas encuestadas presentan hábitos alimentarios no saludables que pueden predisponer a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Con respecto a la autopercepción de la imagen corporal, el total de las encuestadas que presentaban sobrepeso indicaron que las figuras que mejor reflejaban su imagen corporal eran la 5 y 6 (sobrepeso). Asimismo, la totalidad de las estudiantes que presentaban un estado nutricional normal indicaron que las figuras que mejor reflejaban su imagen corporal eran la 2, 3 y 4 (peso normal). Por lo tanto, se puede concluir, que las personas que participaron en la investigación no presentan una distorsión de su imagen corporal ya que cada una de ellas eligió la figura que la representaba correctamente.

En cuanto a la conducta alimentaria, se observó que un gran porcentaje de las estudiantes omiten comidas, tienen atracones al menos 1 vez en la semana y se sienten muy culpables después de comer.

Por otro lado, más allá que su peso se encuentre dentro de los parámetros de normalidad para su edad y su talla, a la mayoría de las encuestadas le preocupa la idea de engordar. Además, la gran mayoría de las mujeres tiene un fuerte deseo de estar más delgadas ya que no se sienten a gusto con su cuerpo y sienten la necesidad de ponerse a dieta.

En lo que respecta a la alimentación, ninguna de las estudiantes llega a consumir las calorías diarias requeridas para su edad. El consumo de hidratos de carbono y proteínas en su mayoría fue normal pudiendo cubrir con la recomendación, pero la gran

parte de ellas tiene un consumo elevado de grasas al día. Además, ninguna de las encuestadas logra cubrir con las IDR de vitaminas y de minerales, por lo que puede concluirse que no tienen una dieta sana ni equilibrada.

A partir de esta investigación, considero que sería importante concientizar tanto a las estudiantes como a sus padres, familiares y personas cercanas a las mismas sobre la importancia de adquirir hábitos alimentarios saludables a fin de evitar conductas alimentarias de riesgo que puedan predisponer a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Sugiero llevar a cabo una investigación más profunda sobre el tema, con una muestra más amplia y en niñas en edades más tempranas (pubertad) ya que se encuentran en una etapa en donde se desarrolla su imagen corporal, su personalidad y su autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Colombo, J.L. (2006) .*Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados*. Buenos Aires: Lumen.
- Mahan, K., Escott-Stump, S. y Raymond, J. (2013). La nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. Schebendach, J. *Krause dietoterapia (13ª edición*, pp. 489-498). Barcelona: Elsevier S.L.
- American Psychiatric Association (2014). Trastornos de la conducta alimentaria. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM V* (pp. 553-565). Barcelona: Panamericana
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa, S.A.
- Poulisis, J. (2011). *Los nuevos trastornos alimentarios: alcoholexia, vigorexia, diabulimia, pregorexia, orthorexia*. Buenos Aires: Paidós SAICF
- Inmaculada de la Serna de Pedro. (1998). *Comer no es un placer: Anorexia, bulimia, obesidad* (pp. 161-180). Madrid: Litofinter
- Torresani, M E. y Somoza M I. (2014). Cuidado nutricional en sobrepeso y obesidad. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. (3ª edición, pp. 129-186). Buenos Aires: Eudeba
- Girolami, D.H. (2003). Mediciones antropométricas. Girolami, D.H. y Soria, F. *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. (pp. 169-172). Buenos Aires: El Ateneo
- Onzari, M. (2014). Evaluación cineantropométrica. Napoli, O. *Fundamentos de nutrición en el deporte*. (pp. 127-161). Buenos Aires: El Ateneo
- Basabe, N. (2004). Salud, factores psicosociales y cultura. Buenos Aires: Biblos.

- Pruzinsky, C. (1992). Integrative themes in body-image development, deviance and change. *Body Images* (pp. 337–349). New York: Development, Deviance and Change.
- Slade, P. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy* (pp. 497-502.) New York: Penguin Group USA Inc.
- Lancet, T. (2010). *Eating disorders*. Washington: Zucker.
- Lopez, L B. y Suarez, M M. (2011). *Fundamentos de nutrición normal*. Buenos Aires: El Ateneo
- Fisher, CA, Hetrick SE y Rushford N. (2010). *Family therapy for anorexia nervosa*. Wisconsin: American Psychological Association.
- Moral Iglesias L, coordinadora general del Instituto Nacional de la salud. (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Madrid: Closas-Orcoyen
- Marfell-Jones, M., Stewart, A. y Cartes L. (2008). *Estándares Internacionales para la Evaluación Antropométrica. Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometria (ISAK)*

Revistas científicas

- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, JM. y Lopez-Miñarro, P. (2013) *Imagen corporal: revisión bibliográfica*. *Nutrición hospitalaria*, 28, 27-35. [Recuperado el 14 de febrero de 2016 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004]
- Arroyo, M., Ansotegui, L., Pereira, E., Lacerda, F., Valador, N., Serrano, L. y Rocandio, A.M. (2008) *Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco*. *Nutrición hospitalaria*, 23, 366-372. [Recuperado el 23 de octubre de 2015 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000500009]
- Madrigal Fritsch, H., Irala Estevez, J., Martinez Gonzalez, M., Kearney, J., Gibney, M., Martinez Hernandez, J. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*, 41,

479-486. [Recuperado el 23 de octubre de 2015 de: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v41n6/v41n6a06.pdf>]

- Burrows R, Díaz E, Sciaraffia V, Gattas V, Montoya A, Lera L, Burrows R, et al. (2008) Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios. [Recuperado el 3 de noviembre de 2015 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001200008&script=sci_arttext]

- Cortez, L. y Molina, S. (2006) Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 60-67. [Recuperado el 20 de octubre de 2015 de: <http://redalyc.org/www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232908>]

Recursos en Internet

- Monton Franco, C., Garcia Campayo, J., Buitrago Ramirez F., Ciurana Misol, R., Chocron Bentata, L., Fernandez Alonso, MC. y Tizon Garcia, J. (2007). *Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria*. [Recuperado el 2 de noviembre de 2015 de: https://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf]

ANEXOS

ENCUESTA NUTRICIONAL*La encuesta es de carácter anónimo*

Nombre:

Edad:

Sexo:

-
- 1) ¿Cómo describiría su apetito? Aumentado [] Moderado [] Disminuido []
- 2) ¿Come aproximadamente a la misma hora todos los días? Sí [] No []
- 3) ¿Desayuna todos los días? Sí [] No []
Si es no, ¿cuántas veces por semana lo realiza?.....
- 4) ¿Omite comidas (fuera del desayuno)? Sí [] No []
Si es sí, qué comidas y cuantas veces por semana?.....
- 5) ¿Evita comer aunque sienta hambre? Sí [] No []
Si es sí, cuantas veces por semana?.....
- 6) ¿Tiene atracones de comida en los que siente que no puede parar? Sí []
No []
Si es sí, cuantas veces por semana?.....
- 7) ¿Se siente muy culpable después de comer? Sí [] No []
Si es sí, cuantas veces por semana?.....
- 8) ¿Te controlas en las comidas? Sí [] No []

9) ¿Realiza actividad física? Sí [] No []

a. ¿Qué tipo de actividad realiza?.....

b. ¿Cuántas veces por semana?.....

c. ¿Cuánto tiempo por sesión?.....

10) ¿Te sentís a gusto con tu cuerpo? Sí [] No []

11) Cuando te comparas con otras compañeras, ¿te sentís descontenta con tu cuerpo? Sí [] No []

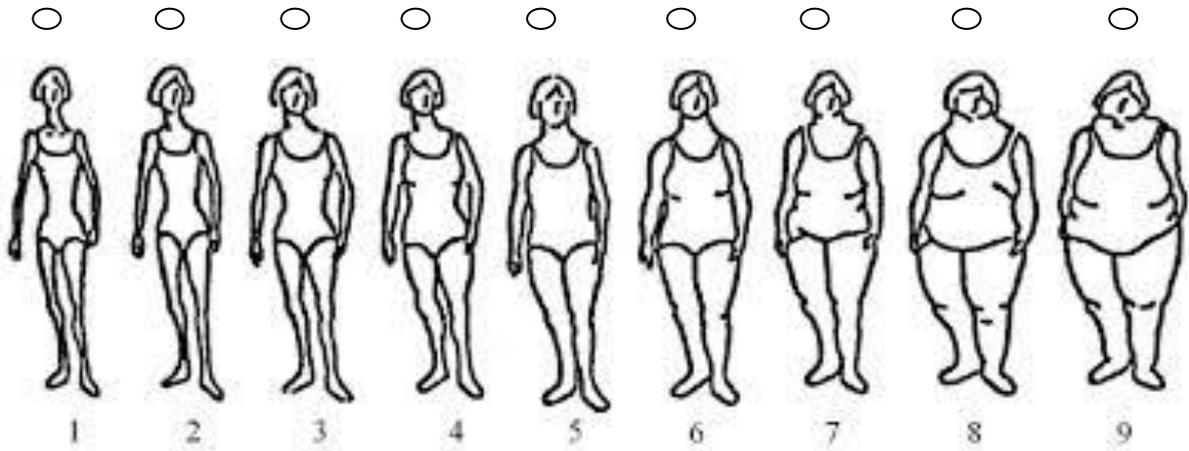
12) ¿Te preocupa la idea de engordar? Sí [] No []

13) ¿Tenés un fuerte deseo de estar más delgada? Sí [] No []

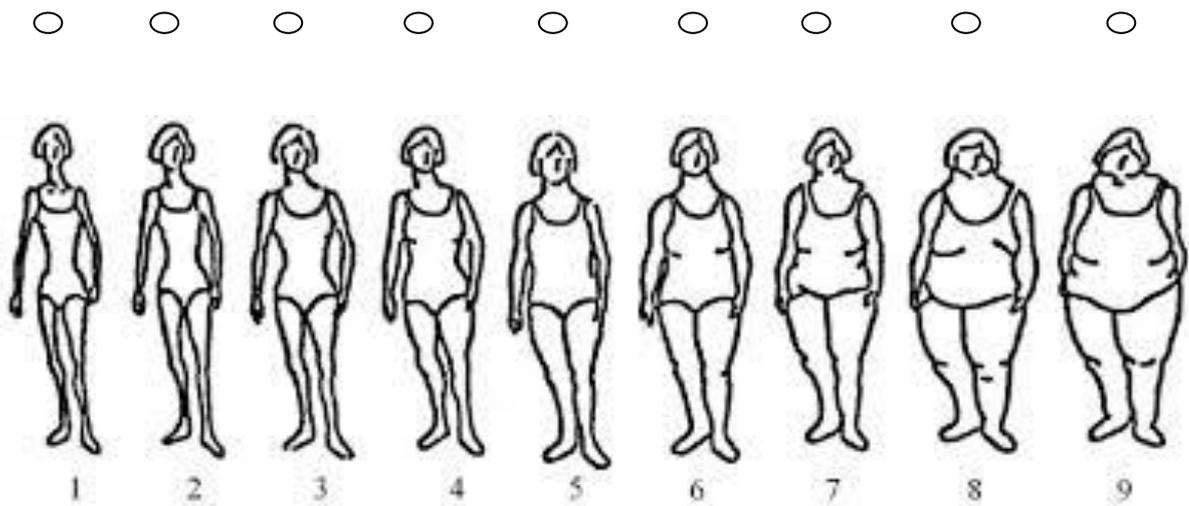
14) ¿Sentís la necesidad de ponerte a dieta? Sí [] No []

15) Marque con una cruz la opción que mejor refleje su percepción de la imagen:

a) ¿Qué figura refleja mejor su imagen corporal?



b) ¿Qué figura le gustaría tener?



FORMULARIO DE FRECUENCIA DE COMIDAS						
<i>Nombre:</i>						<i>Fecha</i>
						/ /
COMIDA	Forma de cocción	Agregados	Come	No come	Porción (gr)	Nº de porciones por semana
1 – Carnes y huevo						
Carne vacuna						
Pollo Pechuga						
Pollo Pata / Muslo						
Hamburguesa industrial						
Cerdo						
Pescado de mar						
Pescado de río						
Jamón cocido						
Jamón crudo						
Otros fiambres						
Salchichas de viena						

Huevo						
2 - Leche y Derivados						
Leche Fluida Entera						
Leche Fluida Parcialmente Descremada						
Yogurt entero						
Yogurt descremado						
Yogurt desc. c/cereales						
Yogurt descremado c/frutas						
Quesos untable entero						
Quesos untable light						
Quesos blandos						
Quesos semiduros						
Quesos duros o de rallar						
Quesos light						

Ricota						
Crema						
Crema light o liviana						
Manteca						
Manteca light						
3 - Cereales y Legumbres						
Pan Integral						
Pan Blanco						
Pan lactal						
Facturas						
Galletitas saladas						
Galletitas dulces						
Arroz Blanco						
Arroz Integral						
Arroz parvorizado						
Cereales comunes						
Cereales azucarados						
Sémola						

Avena						
Polenta						
Fideos frescos o secos						
Arvejas						
Lentejas						
Porotos						
Milanesa de soja						
4 - Vegetales						
VEGETALES A						
Acelga						
Ají						
Apio						
Berenjena						
Brócoli						
Coliflor						
Espinaca						
Espárrago						
Hongos						
Lechuga						
Pepino						

Rabanito						
Radicheta						
Repollo						
Repollitos de bruselas						
Rúcula						
Tomate						
Zapallito						
VEGETALES B						
Alcaucil						
Arvejas frescas						
Cebolla						
Chauchas						
Calabaza						
Palmitos						
Puerro						
Remolacha						
Zanahoria						
Zapallo						
VEGETALES C						
Papa						
Batata						

Choclo						
5 - Frutas						
FRUTAS A						
Arándano						
Ananá						
Frutilla						
Ciruela						
Sandía						
Melón						
Manzana						
Naranja						
Mandarina						
Kiwi						
Pomelo						
Damasco						
Pera						
Durazno						
FRUTAS B						
Banana						
Uva						

Higo						
6 –Dulces						
Azúcar						
Miel						
Mermelada						
Mermelada light						
Dulce de leche						
6 – Snacks						
Caramelos						
Chocolates						
Tartas						
Tortas						
Chizitos						
Conitos						
Palitos						
Papas fritas						
Maní						
Turrón de maní						
Barritas de cereal						

común						
Barritas de cereal light						
Alfajor de arroz						
7 – Bebidas						
Gaseosas						
Gaseosas light						
Jugos de Frutas						
Agua						
Aguas saborizadas						
Café						
Té						
Cervezas						
Champagne o Sidra						
Vino blanco						
Vino tinto						
8 – Cuerpos grasos						
Aceite de girasol						

Aceite de maíz						
Aceite de oliva						
Margarina						
Margarina light						
9 - Otras comidas						
Empanadas fritas						
Empanadas al horno						
Pizzas						
Sandwiches						
Jardinera en lata						
Ravioles						
Sorrentinos						
Canelones						