

Universidad Fasta
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Nutrición

2015

Autopercepción de la imagen corporal,
estado nutricional y consumo
de productos dietéticos



**Tesis de
Licenciatura
María
Florencia
Morales**

**Asesoramiento
Metodológico:
Dr. Mg. Vivian Minnaard
Tutora: Lic. Romina Di Marco
Co-Tutor: Lic. Miguel López**

“En todos los asuntos humanos
hay esfuerzos, y hay resultados,
y la fortaleza del esfuerzo
es la medida del resultado.”

James Allen

Este trabajo está dedicado a mi familia
que me acompañó en todo momento
y a mi marido que fue mi sostén y motor
durante todo este proceso.

A Dios en primer lugar, por guiarme y acompañarme en mi camino, demostrándome todos los días que lo único importante es ser FELIZ.

A mi familia por apoyarme durante toda la carrera, por estar presente en cada éxito y en cada fracaso, por impulsarme a seguir a pesar de las dificultades de la vida, porque un tropezón no es caída, y la vida sigue a pesar de todo.

A Emi, mi novio durante toda esta carrera, mi marido desde hace un año, gracias por hacerme feliz todos los días, gracias por caminar conmigo desde que comencé mi sueño de ser Nutricionista, siempre apoyándome, acompañándome en largas noches de estudio, amándome siempre a la distancia, para que esto se pueda concretar. Hoy todo es recuerdo y vivo el mejor de los presentes a tu lado, caminando de la mano de Dios y soñando juntos cada proyecto. Este es uno más de NUESTROS logros.

A todos mis amigos, los que Dios me regalo, los del colegio, de la facultad, de la parroquia. A todos los que me acompañaron en esta etapa. Gracias a estos hermanos que te da la vida, porque simplificaron mi caminar, porque estuvieron en todo momento para compartir largas charlas y muchas alegrías. Porque es una etapa donde elegimos esta pequeña familia para confiar nuestra vida.

Gracias al Asesoramiento Metodológico de la Facultad por guiarme durante toda mi tesis de graduación, en especial a Vivian Minnaard, que pese a la distancia, estuvo siempre en contacto para brindarme su ayuda. A mi tutora Romina Di Marco por aceptar tomarse gran parte de su tiempo para leer cada renglón de mi tesis, y brindarme sus consejos. A mi co-tutor Pbro. Miguel López, que sin dudas Dios lo puso en mi camino, para que esta última esta sea mas liviana, gracias por dedicarme tu tiempo, por empujarme a terminar, por enseñarme a saber que siempre se puede dar un poco mas de lo que uno cree, y principalmente gracias por escucharme.

A todas las instituciones que me permitieron realizar las encuestas, y a todas las estudiantes que estuvieron dispuestas a tomarse un tiempo para que todo esto sea posible.

Y por último a todos los que colaboraron de alguna forma en el presente trabajo ayudando a que sea posible.

DOY GRACIAS A LA VIDA, PORQUE SOY FELIZ

Objetivo: Determinar la autopercepción de la imagen corporal, el estado nutricional y el consumo de productos dietéticos de la población beneficiada.

Material y métodos: Esta investigación, según análisis y alcances de los resultados, es de tipo exploratorio, descriptivo ya que busca determinar el estado nutricional de los adolescentes en relación a las características de la alimentación que éstos realizan, y otros aspectos relacionados, como la autopercepción de la imagen corporal. Un total de 60 adolescentes fueron pesadas y medidas para determinar su estado nutricional y se realizó una encuesta para determinar la autopercepción de la imagen corporal, así como también el consumo de determinados alimentos.

Resultados: El estado nutricional de las encuestadas reflejó un 55% normopeso, 20% bajopeso, 13% obesidad leve y 12% sobrepeso. Cuando hicimos referencia a la percepción de la imagen corporal, pudimos observar valores muy similares un 35% se ve más gordo, el 32% se ve igual y el 33% se ve más flaco. Cabe destacar que los pacientes con sobrepeso y obesidad leve en su totalidad se ven más flacos. Y la mayor parte de los pacientes con bajopeso se ven más gordo.

En cuanto al consumo de productos dietéticos, luego de realizar la frecuencia de consumo podemos ver que todos los alimentos no son consumidos de forma adecuada.

La actividad física no fue un factor determinante, pero podemos ver que los pacientes con normopeso son las que realizan actividad física con mayor frecuencia.

Conclusión: Podemos concluir, en que las adolescentes presentan una distorsión de la imagen corporal, principalmente aquellas que se encuentran en sobrepeso y obesidad leve, las cuales se ven más flacas, y las adolescentes que presentan bajopeso, las cuales se ven más gordas.

La preocupación por llegar a estar más gordas, fue muy alta independientemente del estado nutricional de las mismas, así como también la satisfacción del peso corporal, las adolescentes no están de acuerdo con su peso o le es indiferente.

Por otro lado se observa escasas en la elección de distintas variedades de frutas, verduras, productos ricos en fibra, como también alimentos descremados o reducidos en grasa, se podría intuir un bajo consumo de pescado, debido a que su elección es pobre.

Al analizar las distintas variables por separado obtenemos porcentajes que podrían ser relevantes para esta tesis, pero al realizar el entrecruzamiento de estas, no se observaron diferencias significativas. Por lo tanto las elecciones alimentarias no estarían condicionadas por las variables percepción de la imagen corporal y el estado nutricional.

Palabras claves: Estado nutricional, imagen corporal, adolescencia, productos dietéticos.

Objective: Determine the perception of body image, nutritional status and consumption of dietary products of the beneficiary population.

Material and methods: This research, according to analysis of the results and scope, is exploratory, descriptive and seeks to determine the nutritional status of adolescents in relation to the characteristics of the food that they perform, and related issues such as self-perceived image body. A total of 60 adolescents were weighed and measured to determine their nutritional status and a survey to determine the perception of body image, as well as consumption of certain foods was performed.

Results: The nutritional status of the respondents reflected a 55% normal weight, 20% underweight, 13% mildly obese and 12% overweight. When we made reference to the perception of body image, we observed very similar values is 35% more fat, 32% is equal to 33% is thinner. Notably, patients with mild overweight and obesity are entirely skinnier. And most of underweight patients are fatter.

In terms of consumption of diet products, after making the frequency of consumption we can see that all foods are not consumed properly.

Physical activity was not a determining factor, but we can see that patients with normal weight are those engaged in physical activity more frequently.

Conclusions: We can conclude that the adolescents have a distorted body image, particularly those who are overweight and mild obesity, which are skinnier, and adolescents with low weight, which are fatter.

Concern about to become fatter, was very high regardless of the nutritional status of these as well as body weight satisfaction, adolescents do not agree with their weight or is indifferent.

Moreover shortage seen in the choice of different varieties of fruits, vegetables, high-fiber products, as well as low-fat or reduced-fat foods, you could sense a low fish consumption, because their choice is poor.

When analyzing the different variables separately obtain percentages that may be relevant to this thesis, but to make the crossing of these, no significant differences were observed. So food choices would not be conditioned by the variables perception of body image and nutritional status.

Keywords: Nutritional status, body image, adolescence, dietary products.

Introducción	1
Capítulo I	
<i>Espejito, Espejito</i>	6
Capítulo II	
<i>aLIGHTmentos, El peso de nuestra elección</i>	16
Diseño Metodológico	29
Análisis de datos	42
Conclusiones	61
Bibliografía	66

Introducción



La percepción de la imagen corporal se ha revelado como uno de los factores que inciden y condicionan con más intensidad las elecciones alimentarias entre los diferentes grupos sociales, especialmente en los adolescentes.

La importancia que se encuentra en la realización de este trabajo, radica en que en la infancia y la adolescencia se conforman los rasgos principales del aprendizaje y el comportamiento, por ello, actuar sobre los hábitos poco saludables, en estas edades puede tener un mayor impacto en el desarrollo de futuras enfermedades.

La prevención debe centrarse en el hecho, de que si hay hábitos de vida poco sanos, desde edades tempranas, en mucho más difícil modificarlos en la edad adulta. Por esta razón es fundamental el rol del Nutricionista dentro la institución escolar, no solo en el subsistema de servicio de alimentación sino como educadora, para la modificación de hábitos alimentarios erróneos.

El aprendizaje de estos, está condicionado por numerosas influencias procedentes, sobre todo, de la familia, del ámbito económico, cultural, escolar y a través de los medios de comunicación. Es preciso recordar que la comunicación en salud es un valioso instrumento para modificar conductas no deseables, reforzando las positivas. En la actual sociedad de la información debe contemplarse la influencia de los medios y, en la medida de lo posible, participar tanto en la elaboración como difusión de los mensajes de salud desde el conocimiento, la independencia y la responsabilidad, para no colaborar en la creación de falsas expectativas o desvirtuados conocimientos en una población ávida de salud a través de la alimentación, puesto que la salud es un bien social y como tal muy atractivo para quienes trabajan en los medios de comunicación, que intentan captar audiencia emitiendo programas y mensajes sobre el bienestar y la salud.

En la literatura se ha postulado la hipótesis de que algunos hábitos no se desarrollan de manera independiente, sino que tienden a agruparse en una misma persona, es decir, que la presencia de un hábito concreto en una persona, favorece la presencia de otros de similares características, nocivas o saludables, en el mismo sujeto. Lo cual puede deberse tanto a la interrelación entre un grupo de hábitos que conforman un determinado estilo de vida como a los condicionantes como culturales, demográficos, socioeconómicos del propio individuo (Ruano, 1997) .¹

En un principio, la familia desempeña un papel fundamental en la configuración del patrón alimentario del niño, sin embargo, al alcanzar la adolescencia, el papel de la familia

¹ La sociedad en general no logra captar y entender la gran importancia de esta etapa y los cambios que se están produciendo. El número de adolescentes en la población va en aumento, el poder que se les atribuye también de esta forma se constituye una fuerza sobresaliente dentro de la sociedad.

pierde relevancia, por lo que el grupo de amigos y las referencias sociales se convierten en condicionantes claves de la dieta del joven adolescente.

Esta etapa es, por lo tanto, especialmente vulnerable a la influencia de ciertos patrones estéticos que pueden conducir a alteraciones en la alimentación y como consecuencia de ello a la aparición de deficiencias o excesos nutricionales. Las necesidades de energía deben estar estrechamente relacionadas con el sexo, edad y nivel de actividad física.

Tener el peso dentro de los márgenes percibidos como aceptables suelen basarse en la omisión de comidas de la selección y la restricción. La primera conducta consiste en saltarse ingestas lo más frecuente es dejar de desayunar y/o de merendar, en algunos casos se prescinde de la comida y la cena, sobre todo después de lo que se consideran sobre consumo, para compensar, o antes, para prevenir. Si la tercera vía consiste básicamente en reducir o eliminar consumos, la primera se basa en sustituir productos considerados excesivamente calóricos, por lo tanto, contraproducentes para los objetivos propuestos, por sus equivalentes más inofensivos, en particular los productos llamados Light.

Suele observarse una falta de diversificación de la dieta, abuso de dietas, alimentos Light, escasa actividad física y una importante influencia de factores externos sobre la conducta alimentaria. .

Espeitx Elena cita en su estudio, llevado a cabo con adolescentes de Mallorca, que los productos Light son consumidos con frecuencia por éstos, pero con diferencias significativas entre chicos y chicas, así, mientras que el 46 % de las chicas mostraban una frecuencia de consumo diaria ,más de tres veces al día, sólo el 31 % de los chicos presentaba frecuencias similares. Se destaca también en este estudio el contraste existente entre la elevada ingesta de bebidas azucaradas, azúcar, dulces, bollería industrial y snacks, y el también alto consumo de productos Light.

Esta constatación evidencia, por un lado, el interés de estos adolescentes por construir su imagen corporal, por lo tanto, en nuestra sociedad, por la delgadez, pero también su deseo de no renunciar a unos alimentos que para ellos son sinónimos de placer. De manera que el deseo de esbeltez no se traduce siempre, ni de manera mecánica, en restricción, si no que se buscan otras estrategias, entre ellas la actividad física, el consumo de alimentos Light para conseguir un mismo objetivo (Espeitx, 2006).²

A través de la abstinencia o de la selección alimentaria, con la ayuda o sin ella de otros factores como el ejercicio físico, se han llegado a generalizar o al menos a extenderse

² Los nutrientes que necesitan los adolescentes dependen en gran medida de cada persona y la ingesta de alimentos puede variar enormemente de un día a otro, de forma que pueden consumir insuficientemente o en exceso un día, y compensarlo al día siguiente.

ampliamente, entre el conjunto de la población, una serie de mecanismos individuales dirigidos a adecuar la imagen corporal a unos criterios estéticos predeterminados y orientados hacia la delgadez.

Esas tendencias, sin embargo, no se encuentran exentas de riesgos y se ha advertido ampliamente que los efectos negativos derivados de la realización de Dietas alimentarias inapropiadas, que abarcarían desde los meros desequilibrios nutricionales hasta la generación de trastornos Alimentarios tales como la anorexia o la bulimia.

Los antropólogos de la alimentación coinciden en señalar que las relaciones entre imagen corporal y comportamiento alimentario vienen netamente marcadas por la abundancia alimentaria propia de nuestras sociedades contemporáneas y sus efectos, lo que algunos autores denominan la sobrealimentación. En este contexto, en el que la accesibilidad suficiente a los alimentos por parte de la población, No garantiza una elección alimentaria nutricionalmente adecuada, la imagen corporal se ha manifestado como uno de los elementos más distorsionadores de esas elecciones.

Por otro lado, desde los ámbitos disciplinarios de la nutrición y la dietética, se ha considerado a los más jóvenes de la población como los colectivos más afectados por los riesgos derivados del control de la imagen corporal a través de la alimentación. Especialmente, se ha insistido en la adolescencia como un periodo clave en la adquisición de hábitos alimentarios (Cáceres, s.f.).³

En base a esto, se establece el siguiente problema:

¿Cuál es la autopercepción de la imagen corporal, el estado nutricional y el consumo de productos dietéticos de las alumnas que cursan el segundo año de secundaria en colegios de la ciudad de Necochea durante el mes de agosto del 2015?

El objetivo general, que se plantea es:

- Determinar la autopercepción de la imagen corporal, el estado nutricional y el consumo de productos dietéticos de las alumnas que cursan el segundo año de secundaria en colegios de la ciudad de Necochea durante el mes de agosto del 2015

³ Estos hábitos alimentarios se caracterizan por alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino, alto consumo de comidas rápidas, golosinas, bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos, baja ingesta de calcio debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional, escaso control y conocimiento de los padres respecto a la alimentación de sus hijos adolescentes, tendencia frecuente a dietas hipocalóricas especialmente en adolescentes mayores, alcanzando una prevalencia de hasta 60% en este grupo; asumiendo en muchos casos regímenes vegetarianos o dietas muy restrictivas y desbalanceadas que pueden comprometer el potencial de crecimiento o inducir carencias específicas.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar el estado nutricional de adolescentes que cursan el segundo año de secundaria en colegios de la ciudad de Necochea
- Determinar la percepción de la propia imagen corporal a través del test de imagen corporal mediante modelos anatómicos, Body Shape Questionnaire (BSQ)
- Analizar patrones alimentarios asociados al consumo de productos dietéticos.
- Determinar la actividad física que el adolescente realiza.
- Analizar la satisfacción corporal de las adolescentes que cursan el segundo año de la secundaria, a través MBSRQ (Adaptado Multidimensional Body Self Relations Questionnaire: Cash, 1990)



Capítulo I



Espejita, espejita



Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología a principios del siglo XX, donde cada persona desarrolla una imagen espacial, la cual es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial, en la que cada individuo construye un modelo de sí mismo que constituye un standard con el cual se comparan los movimientos del cuerpo. (Schilider, 1950).¹ Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo, imagen corporal, esquema corporal, satisfacción corporal, estima corporal, apariencia, apariencia corporal. En estudios realizados por Davison y McCabe (2006).² se han correlacionado las imágenes corporales entre mujeres y hombres con las funciones psicosociales, se ha encontrado que las mujeres tienden a tener una imagen más negativa de su cuerpo que los hombres, así como sentimientos más negativos, insatisfacción y otros factores relacionados con la depresión y ansiedad, el tema que tiene que ver con el desenvolvimiento de la mujer en la sociedad, ya que en épocas antiguas la mujer era más sumisa, no tenía derechos, no era tenida en cuenta, al paso del tiempo y conforme a los cambios que se dieron poco a poco la mujer fue desarrollando una conciencia clara de su persona y pasó de ser dócil a querer ser una persona activa dentro de la sociedad. El cuerpo también fue mejor visto como regordete pero con los mismos cambios que se presentaron, el cuerpo femenino fue adquiriendo la imagen que hoy en día se conserva de una mujer y que tiene gran importancia para ellas porque en muchos sectores como en los negocios es lo que le permite tener acceso y éxito. Analizando las aportaciones de Pruzinsky, T. y Cash, T. (2003)³, quienes proponen que existe una imagen perceptual que se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes, otra es la imagen cognitiva, que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo y por último la imagen emocional que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo (Fernandes, 2006)⁴.

¹ En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología.

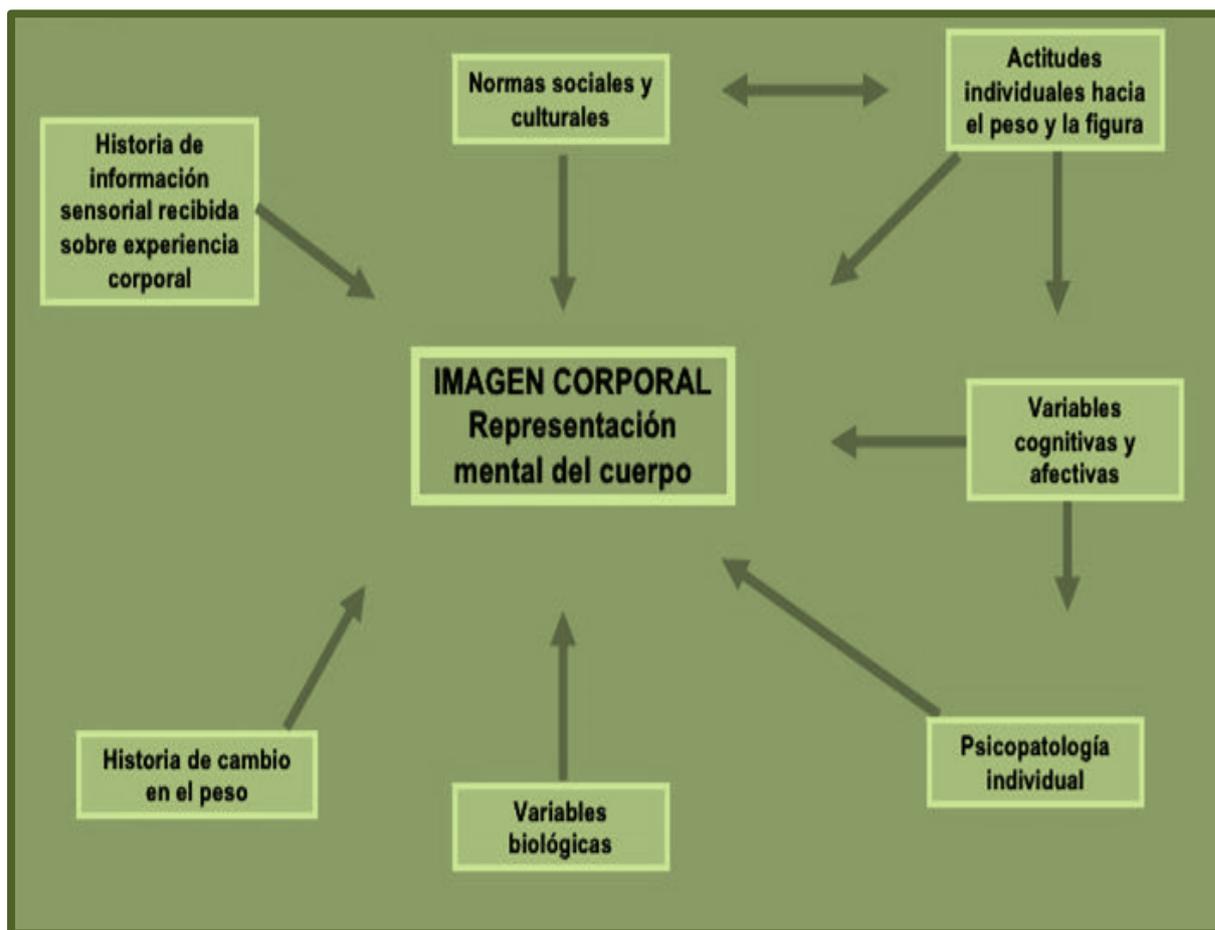
² Desde el punto de vista de la conducta, los pacientes afectados por este trastorno organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Pueden dedicar gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo.

³ Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o por si el contrario, es porque existe una insatisfacción con la imagen corporal por lo que se distorsiona la realidad.

⁴ Hay que tener en cuenta las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo.

Otros autores con Slade P.D (1994).⁵, centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y se modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, y la definen así, “La imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (Slade, 1994).⁶

Cuadro N°1: Modelo de Imagen Corporal de Slade P.D



Fuente: Salade (1994).⁷

⁵ Por lo tanto la imagen corporal será el resultado de la manera en que una persona se percibe a sí misma en términos de su musculatura, adiposidad, estatura, forma, peso y otras características físicas medibles y cuantificables

⁶ Se dice que se tiene una imagen de uno mismo positiva cuando la persona tiene su esquema corporal bien integrado, lo percibe de forma adecuada y se siente bien y cómoda con su apariencia.

⁷ La imagen corporal se centra en una representación mental, la cual proviene y se modifica por diversos factores

Es nuestra sociedad la que promueve a la alteración de la imagen corporal, en primer lugar, porque existe un juicio y una crítica sobre las mujeres, en segundo lugar, porque la corporalidad cae dentro de la subjetividad y la superficialidad y se cambia al “ser” por el “tener”, en tercer lugar, porque las mujeres no son aceptadas si no cumplen con las expectativas del medio y en cuarto lugar, porque son los hombres los que buscan tener modelos. Por lo tanto las mujeres nunca van a ser suficientemente perfectas, buenas, bonitas, esbeltas, para ser aceptadas y valoradas. Los ideales de belleza establecidos por los medios de comunicación son un factor importante que por medio de una publicidad engañosa marcan ciertos patrones físicos, los cuáles se proyectan en la búsqueda del éxito y la felicidad que en la mayoría de las veces resulta poco saludable (Montenegro, 1999) ⁸. Estos ideales de belleza suponen una alta presión sobre todos los miembros de la población. Quiénes poseen las características del modelo tienen razones para autovalorarse positivamente, mientras que los que se partan de él, suelen tener una baja autoestima. Las personas aprenden a evaluar sus cuerpos a través de su interacción con el ambiente, de esta manera, su autoimagen se desarrolla y es evaluada continuamente durante la vida entera. (Becker, 1999) ⁹. Tempranamente el hombre y la mujer desarrollan un esquema corporal o estructura cognitiva a través de la percepción de cómo sus cuerpos son estructurados. La exposición de modelos de cuerpos hermosos está determinada en las últimas décadas por una compulsión a buscar una anatomía ideal, determinando, sobre todo en las mujeres, un aumento en los trastornos de la alimentación como lo son la anorexia nerviosa y la bulimia. (Nagel, 1992) ¹⁰. La observación de nuestra conducta corporal se nutre del análisis de estos pares llamados perfectos. Ambas están influidas por el estado de la sensibilidad, que es la receptividad que cada persona posee para darse cuenta de sus sensaciones, las cuales despiertan emociones, pensamientos, acciones hacia y desde el cuerpo. La observación de la conducta alimentaria transforma a cada uno en un investigador de sí mismo, en un curioso de los comportamientos y sus consecuencias, dando la posibilidad de ejercer y desarrollar una vida más libre de hábitos inútiles, de comportamientos estereotipados, construyendo nuestra manera de ser y de estar. Por tal razón, distintos métodos hablan del desarrollo y educación de lo sensorial en la construcción de la imagen corporal y su percepción para trascender el gesto como movimiento. La capacidad sensoperceptiva es propio del ser humano, la cual permite conectarse, interiorizar

⁸ En el discurso coloquial hay múltiples referencias a la palabra "cuerpo", toda vez que con ella se quiere representar unidad, totalidad, integridad.

⁹ Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

¹⁰ Otras enfermedades en las que la imagen corporal está distorsionada son la bulimia nerviosa, el trastorno di mórfico corporal y la vigorexia o dismorfia muscular. En este último trastorno el paciente se siente con una carencia de musculatura y pone en práctica conductas obsesivas para aumentar la masa muscular

e interaccionar con el mundo externo, el propio cuerpo y el de los demás. El entrenamiento de la capacidad de observación sensorial orientado al propio cuerpo, nos permite tenerlo presente en todo momento, reconociendo su presencia. A través de esas prácticas se va realizando un registro individual y de las huellas que ha dejado su historia, aprendemos el camino de toma de conciencia, de conocimiento tanto del mundo que nos rodea como del propio cuerpo y la búsqueda está en mantener estas vías de comunicación abierta entre lo interno y lo externo. La “sensopercepción” se define como la forma superior de conocimiento por el que aprendemos el medio circundante y nuestra propia corporalidad, la base está en la práctica y el punto de partida se encuentra en la “Eutonía”, palabra derivada de los vocablos griegos; eu= bien, correcto y tonos=tensión, por lo tanto es una tensión armónica, un equilibrio de las distintas tensiones que coexisten en el cuerpo, un método para experimentar la unidad psicofísica del hombre, siendo uno de sus principales objetivos que el hombre llegue a su propia esencia, oculta por los hábitos y las exigencias del medio (Alexander, 1998).¹¹ La sensopercepción tiene dos componentes, el sensorial y el perceptivo, la sensación es lo que sentimos como respuesta a la información que nos llega a través de los órganos sensoriales, es la experiencia básica de la estimulación proveniente de los sentidos, de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto, en cambio la percepción es la interpretación que hacemos de esa sensación. (Alexander, 1998).¹² La organización, análisis e interpretación de los estímulos implica la actividad de nuestros sentidos y también de nuestro cerebro, siendo la manera como el cerebro organiza las sensaciones para darle sentido.

La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos presenta a nosotros mismos. (Ayensa).¹³ La cuál es definida a través de dos puntos de vista, el neurológico que es el esquema o la imagen mental del propio cuerpo en la consciencia y el psicológico como las actitudes y sentimientos que el propio cuerpo genera, esta imagen o fotografía mental abarca la figura, las dimensiones, la postura y los sentimientos, sin embargo cuando se produce una desviación de la percepción se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal o Distorsión

¹¹ La eutonía es un "tensión armoniosa", un equilibrio de las distintas tensiones que coexisten en el cuerpo y un método para experimentar la unidad psicofísica del ser humano.

¹² Hoy conocemos las interacciones constantes entre el tono y la actividad cerebral, la interrelación estrecha de nuestro psiquismo con el tono postural, el sistema neurovegetativo y el conjunto de las regulaciones fisiológicas. Así, por estas diferentes vías se manifiesta en nuestro cuerpo la parte consciente e inconsciente de nuestra personalidad. Por lo tanto cada cambio de conciencia actúa sobre el conjunto de tensiones musculares.

¹³Esta imagen se constituye por un componente perceptivo, un componente cognitivo-afectivo y un componente 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 que lo definen a lo largo de su proceso evolutivo.

Perceptiva Corporal. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño y forma del cuerpo, (Ayensa)¹⁴. los indicios de que existe una alteración están determinados por algunos síntomas en los individuos como negación de la delgadez aunque su peso corporal sea extremadamente bajo, inicio de dietas restrictivas con el objetivo de perder peso corporal, emociones y reacciones negativas como atracones, vómitos y uso de laxantes, evadir de situaciones en las que se deban exponer alguna partes del cuerpo como el uso de trajes de baño o pantalón corto, baja autoestima, la cual depende totalmente del peso corporal que tenga ese día, por lo que se va perdiendo el interés por cosas o actividades con las que antes disfrutaba hacerlas (Morales, 2006)¹⁵. De todas formas en la literatura se encuentra el uso de estos términos de forma muy libre, por ejemplo algunos autores utilizan el término “insatisfacción corporal” como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal. Existen diversos factores que afectarían la distorsión de la propia imagen y ellos son la influencia familiar cuando son excesivamente protectores constituye un hito en los antecedentes de los desórdenes alimentarios. Estos padres suelen sugerir sus hijos lo que deben pensar y sentir, de modo que nunca llegan a vivir sus propias vidas. La madre no distingue las diferentes necesidades físicas y emocionales del bebé y toda señal es interpretada como hambre. Esto hace confundir al niño y no aprende a diferenciar él mismo sus distintas necesidades, ni a reconocer cuando tiene hambre o está satisfecho. El padre, por otro lado, desempeña un rol paterno muy pobre, suele ser inmaduro, impulsivo, malhumorado y hostil. Estos modelos familiares inapropiados suelen actuar como desencadenantes para que el hijo “manipule” la comida en forma destructiva. Otra razón es la evolución psicológica donde existen otras teorías que centran el rechazo de la comida como resultado de tensiones sociales y sexuales, generadas por los cambios psíquicos asociados con la pubertad, en este período hay una lucha respecto de la identidad y el control. Presentan miedo a las situaciones nuevas, las cuáles, generalmente son evitadas y por último la presión sociocultural dada por una disparidad entre los valores sociales que se estimulan en la mujer, autonomía e independencia y la experiencia real, cuidado de la casa y de los hijos, este choque de roles puede producir temor, culpa, sensación de estar equivocado o haciendo lo indebido, por lo

¹⁴ La persona (generalmente el hombre) se siente con una carencia de musculatura y tonicidad y necesita realizar conductas obsesivas por tal de aumentar su tono muscular, ya sea haciendo ejercicio excesivo o tomando anabolizantes.

¹⁵ Un alto porcentaje de adolescentes se muestran insatisfechos con su cuerpo. La preocupación o insatisfacción corporal es un indicador importante para diagnosticar posibles trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia.

que la mujer se ve envuelta en una dualidad de responsabilidades que a veces lo confunden. (1995).¹⁶

Aunque muchas personas no se sienten satisfechas con su apariencia, estas preocupaciones no ocupan constantemente sus pensamientos o no les atormentan. Pero para algunos, la inquietud sobre su apariencia puede ser extrema al punto de sentirse obsesionados lo que demanda mucho tiempo, y que es potencialmente discapacitante, y por lo general estos individuos enfocan su atención en imperfecciones imaginarias o pequeñas en su apariencia que no pueden dejar de obsesionarse por ello. Estar constantemente angustiados y enfadados sobre las imperfecciones o la apariencia es lo que se conoce como el trastorno dismórfico corporal (TDC) o “trastorno de la fealdad imaginaria”. Esto es una alteración mental caracterizado por la intranquilidad debido a un defecto falso del aspecto personal. Para ser diagnosticada como tal, dicha preocupación debe causar angustia significativa o afectar negativamente en el desempeño social, personal o escolar y alternativamente, puede existir una anomalía física menor, pero la importancia otorgada es determinada como absolutamente excesiva. (Veale, 2002).¹⁷ A pesar de que casi cualquier parte del cuerpo puede ser motivo de preocupación, el TDC se relaciona más frecuentemente con los ojos, las orejas, la nariz, la piel, el mentón, la mandíbula u otros rasgos faciales, otras áreas incluyen las manos, los pies, los senos y los genitales.

Pueden ser por causas genéticas, psicológicas como la timidez, el perfeccionismo o el temperamento ansioso, y factores similares como mala relación paternal, aislamiento social, falta de apoyo familiar o abuso sexual. Los síntomas que presenta este trastorno son: depresión, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, preocupación angustiante y excesiva, ansiedad, vergüenza e ideas suicidas. El tratamiento psiquiátrico para estos pacientes es difícil, pero con terapia y/o medicación, incluso los que acepta que el problema esta en su mente y no en su cuerpo, se pueden recuperar. (Saxena, 2009).¹⁸ Se utiliza la psicofarmacología como los antidepresivos conocidos como SSRI, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, que son el centro del tratamiento con medicamentos del trastorno dismórfico corporal. Las personas que responden a los SSRI experimentan en general mejoras de varias maneras. Pasan menos tiempo pensando en el defecto y los

¹⁶ Cada cultura a lo largo del tiempo ha tenido un estereotipo de imagen corporal. Actualmente, la cultura occidental promueve “la belleza del cuerpo” como meta para conseguir el éxito social. Una consecuencia observable es la importancia que los jóvenes dan a su cuerpo. En el intento por alcanzar el ideal estético se está produciendo un aumento en los casos de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente.

¹⁷ Diferentes estudios han analizado varios indicadores que influyen en la insatisfacción corporal y que deben ser tenidos en cuenta para el diagnóstico e intervención en los trastornos de la imagen corporal: edad, sexo, composición corporal y actividad física.

¹⁸ La insatisfacción corporal se incluye en la evaluación de las condiciones de salud mental de la población ya que se ha revelado como un buen indicador de diagnóstico en desórdenes alimenticios como la anorexia y la bulimia en población española adulta y adolescente. Poseer una satisfacción corporal alta disminuye el riesgo de padecer patologías de la conducta alimentaria.

pensamientos son menos molestos y dolorosos, disminuyen los comportamientos compulsivos, como el camuflaje y pasar horas del día mirándose al espejo. Los pacientes sostienen que la ansiedad y la depresión asociadas disminuyen y a la larga, su seguridad y autoestima aumentan. Otra forma para tratar a estos pacientes es a través de la psicoterapia que consiste en una terapia cognitiva conductual de exposición y prevención de respuesta, en la que el individuo exponga el defecto físico en situaciones temidas o evitadas por ejemplo, en la escuela o situaciones sociales, mientras que la prevención de respuesta implica ayudar al individuo a evitar comportamientos compulsivos relacionados con el defecto. El objetivo es que, con el tiempo, la ansiedad asociada con el defecto y la situación temida disminuyan, y los comportamientos asociados se hagan menos frecuentes. Este tipo de terapia se recomienda generalmente como acompañamiento de la medicación. (Weinshehenker, 1996).¹⁹

Los 20 (veinte) ítems que tiene se agrupan en 3 tres factores principales, apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción corporal general.

Cuadro N°2: Adaptación del Body Attitude Test (BAT)

A cada ítem se contesta en una escala que va desde 0 (nunca) a 5 (siempre)

1- Si comparo mi cuerpo con el cuerpo de personas de mi edad,	2- Siento mi cuerpo como una carga
3- Mi cuerpo parece ser una cosa torpe	4- Mi cuerpo se me representa como si no fuera mio
5- Mis caderas parecen demasiado grande para mi	6- Algunas partes de mi cuerpo parecen que están hinchadas
7- Me siento a gusto dentro de mi cuerpo	8- Mi cuerpo es una amenaza para mi
9- Tengo un fuerte deseo de estar más delgado	10- La apariencia corporal es muy importante para mi
11- Creo que mis pechos son demasiado grandes	12- El aspecto de mi vientre es como si estuviera embarazada
13- Tiendo a ocultar mi cuerpo	14- Me siento tensa en mi cuerpo
15- Cuando me miro en un espejo, me encuentro insatisfecha con mi cuerpo	16- Envidio a otros con su apariencia física
17- Me es muy fácil relajarme físicamente	18- Hay cosas de mi cuerpo que me asustan
19- Pienso que soy demasiado gruesa	20- Suelo observar mi apariencia en un espejo.

Fuente: Adaptado de Probst, Vandereycken, & Cappenolle (1995).²⁰

¹⁹ En la valoración de las relaciones entre insatisfacción corporal y composición corporal, la mayoría de los estudios utilizan el Índice de Masa Corporal (IMC) para identificar a la población de estudio. El IMC es utilizado habitualmente como parámetro antropométrico estándar para la valoración de la composición corporal en jóvenes y adolescentes.

²⁰ Esta insatisfacción sin embargo, no disminuye con la pérdida de peso. Su actitud puede ser comparado con el de personas que sufren de 'fealdad imaginado' o cuerpo trastorno dismórfico, que se someten a cirugía plástica en varias ocasiones. Una minoría de pacientes con anorexia parece estar orgulloso de su apariencia demacrados (que parecen para mostrar de una manera casi 'exhibicionista'), pero para la mayoría de ellos la pérdida de peso no en absoluto incrementar su satisfacción.

Todas las técnicas propuestas de valoración de la imagen corporal persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno, generalmente son cuestionarios compuestos por diferentes números de ítems, se puede evaluar la actitud que presenta el encuestado hacia la propia imagen, lo cual adquiere particular importancia en la determinación de los **trastornos de la conducta alimentaria** (TCA). Cada uno de los cuestionarios presenta diferentes puntos de corte. A modo de ejemplo reproducimos una de estas técnicas, el Body Attitude Test (BAT) de Probst, M.; Vandereycken, W.; Cappenolle, H. y Vanderlinden, J. (1995)²¹, es un cuestionario que evalúa un aspecto subjetivo de la imagen corporal, en concreto una alteración de las actitudes hacia el cuerpo, está avalado por buenos resultados psicométricos. Aunque está inicialmente previsto para evaluar experiencia corporal y actitudes hacia el propio cuerpo en pacientes con TCA, también ha sido utilizado en población no patológica.

En la devaluación para determinar rápidamente la conformidad de la imagen corporal (IC) intervienen dos conceptos, la representación psíquica (RP) y la materialidad biológica (MB); $IC=RP/MB$. Al relacionar los dos conceptos se presenta la normalidad como valor 1.

ITEM A EVALUAR	ALTERNATIVA	PUNTAJE A OTORGAR
A-Visualización interna "yo me veo..."	Muy flaca/o	1
	Flaca/o	2
	Normal	3
	Gorda/o	4
	Muy gorda/o	5
B- Visualización externa "los demás me ven..."	Muy flaca/o	1
	Flaca/o	2
	Normal	3
	Gorda/o	4
	Muy gorda/o	5

Fuente: Adaptado de Zuferkeld

Generalmente uno actúa en función a como se ve, por lo que $EVA=A/B$ que si el resultado hallado es 1, no hay distorsión, pero cuanto más alejado se encuentre este valor, más distorsionado se verá el paciente. Vandereycken, P. y colaboradores (1992)²² a partir

²¹ En la patología alimentaria desorden, alteración de la imagen corporal es un tema central. La experiencia y el significado de peso corporal y la forma están distorsionadas. Personas que sufre de un trastorno alimentario evaluar su estructura corporal, su tamaño o ciertas partes del cuerpo en una forma realista. Aun cuando sea claramente bajo peso, un poco de experiencia su aparición como normal o incluso demasiado gordo.

²² Estos test sirven en diferentes medidas, para evaluar en un grupo poblacional determinado la mirada de la composición corporal propia o ajena.

del año 1990 plantean procedimientos para trabajar en forma directa la actitud negativa hacia el cuerpo, que consiste en técnicas de relajación muscular las cuáles se pueden manejar a nivel ambulatorio y hospitalario, sin embargo no son tan aconsejables en las fase iniciales del tratamiento, ya que el paciente en esta etapa siente estas técnicas como adversistas y ligadas a pérdidas de control (Probst, 2008).²³. También se utilizan técnicas de confrontación como el videofeedback que actúa en el paciente como agente motivador de cambio y le permite disminuir su ansiedad al observar su propia imagen a medida que aumenten su peso, los pacientes son expuestos o confrontados, en forma sistemática, a una filmación de video de ellos mismos. Con este procedimiento se consta el antes y el después del tratamiento, presentando los pacientes mayor conciencia del trastorno y del estado de delgadez.

Otra manera es por medio de un espejo donde el paciente debe confrontarse con su imagen a través del reflejo en un espejo, vestido o en ropa de baño, generalmente esta situación es evitada por parte del individuo. El ejercicio debe ser repetido durante el tratamiento y al final del mismo, buscando las sensaciones y los pensamientos que se presentan ante esta situación, (Probst, 2008).²⁴ también se utiliza el marcado de silueta que consiste en que el sujeto estime el tamaño y/o dimensiones de determinadas regiones corporales como cadera, muslo, cintura, hombros. Luego las mismas deben ser comparadas con las reales o ideales, es útil para ser aplicada a nivel grupal, ya que permite a cada uno confrontar con sus objetivos y las incongruencias cognitivas, por otro lado se realiza terapia psicomotora que es útil para manejar a nivel grupal en 2 a 3 sesiones semanales. Cada una de las técnicas se graba en video, prestando atención a cómo se siente cada uno, especialmente desde el punto de vista emocional y motor, y como es visto por el resto del grupo, se utiliza la expresión corporal, masajes, bailes, con el objetivo que queden satisfechos con su figura y mejoren su actitud positiva. (Torresani, 2008).²⁵

²³ Estos trastornos figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y su letalidad es la más alta entre los trastornos psiquiátricos. Practicar ejercicios o hacer dietas frecuentes constituyen factores de riesgo para TCA. En la actualidad, la incidencia de TCA es cada vez más elevada y la población más afectada son las mujeres adolescentes y la población menor de 25 años.

²⁴ En la actualidad, los patrones de belleza, el culto por la imagen, al igual que el importante papel de la ingesta de alimentos en la interacción social, ejercen una notable influencia en la población universitaria.

²⁵ Estos test sirven en diferentes medidas, para evaluar en un grupo poblacional determinado la mirada de la composición corporal propia o ajena.



Capítulo II



*a LIGHS mentos,
el peso de nuestra eleccion*

La adolescencia es una etapa de la vida marcada por importantes cambios biológicos, emocionales, sociales, cognitivos y fisiológicos como el estirón puberal y la maduración sexual. Esta etapa está comprendida entre la edad escolar y la edad adulta, abarca desde los 10 hasta los 18 años, es aquí donde la alimentación cobra especial importancia ya que los requerimientos nutricionales, para hacer frente a dichos cambios, son muy elevados y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes; éstos, a su vez, interactúan con hormonas como la del crecimiento y gonadotropinas. Las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento se contraponen con los cambios en la conducta alimentaria que ocurren en la adolescencia debido a factores culturales, a la necesidad de socialización y a los deseos de independencia propios de esta etapa. (Hodgson, s.f.)¹

Es importante, evitar cualquier posible déficit nutritivo que pueda ocasionar alteraciones o trastornos de la salud. El déficit se produce generalmente, como consecuencia de las elevadas necesidades nutricionales y los desequilibrios en la alimentación, producto de dietas restrictivas, monótonas o desequilibradas que no incorporan los elementos básicos. (SERNAC, 2008)² Por otra parte, durante la adolescencia se producen importantes cambios en la maduración psicológica que pueden condicionar hábitos alimentarios inadecuados con el consiguiente riesgo de alteración nutricional.

Las necesidades nutricionales de los niños y niñas de la misma edad son muy similares durante la infancia, pero divergen cuando aparece el brote de crecimiento, después de la pubertad, las diferencias en las necesidades nutricionales persisten. Las razones de estas diferencias derivan de la maduración más temprana de las mujeres, las diferencias en los patrones de actividad y en la composición corporal. (Majem, 2006)³ Entre los nutrientes esenciales, se incluye el agua que es el componente más abundante del cuerpo, y cuanto más joven es el individuo, mayor porcentaje de agua contiene; constituye aproximadamente el 60% del peso corporal del adolescente. Sus funciones más importantes son la formación de la estructura celular, el transporte de sustancias, la regulación de la temperatura del organismo mediante la transpiración y la participación en los procesos de digestión, absorción y excreción.

¹ En este período se observan las ingestas recomendadas más elevadas de todo el ciclo vital, exceptuando el embarazo y la lactancia, para la energía, las proteínas, el calcio, el hierro y el fósforo.

² Esta serie de conductas o características son adaptativas y estructurantes de la personalidad en este período de la vida. No deben considerarse patológicas, sino lógicas de un proceso permanente de reestructuración.

³ El proceso somático más importante durante esta etapa es el crecimiento a través de mecanismos reguladores hormonales que van a condicionar un brote importante de aumento de talla y peso por una parte, y por otra la adquisición de los caracteres sexuales primarios y secundarios e importantes cambios en la composición de los tejidos, paralelamente, se producen también notables cambios psicosociales.

La recomendación de agua de bebida es de 1,8 L/día para los varones de entre 9 y 13 años y de 2,6 L/día para los que tienen edades entre los 14 y los 18 años. En el caso de las niñas, las cifras de referencia son 1,6 L entre los 8 y los 13 años y 1,8 L entre los 14 y los 18 años de edad. Cuando se trata de mujeres embarazadas, la ingestión recomendada alcanza los 2,4 L diarios, llegando a los 3 litros diarios si se trata de una mujer joven en periodo de lactancia. (ANABE, 2004).⁴ La energía cuyos requerimientos calóricos son superiores a los de cualquier otra edad y que deben calcularse de manera individual teniendo en cuenta la edad, el peso corporal y la actividad física, encontrándose relacionadas además con la velocidad de crecimiento. La energía es proporcionada fundamentalmente por los hidratos de carbono y las grasas siendo necesaria para efectuar las acciones vitales del cuerpo.

Si se produce una restricción energética se puede retrasar el crecimiento y la maduración corporal. Este retraso puede recuperarse al regresar a una dieta normal, dependiendo del grado de carencia y del tiempo de duración. En esta etapa es importante la práctica de ejercicio físico ya que contribuye a incrementar el gasto energético y permite conseguir un aporte adecuado de nutrientes sin restringir la ingesta calórica. (Espinoza, 2011).⁵

Otro ejemplo de los nutrientes son las proteínas, el rápido crecimiento de la masa libre de grasa durante el estirón puberal condiciona la necesidad de un aporte proteico elevado para la síntesis de nuevos tejidos y estructuras orgánicas. El mayor crecimiento en los hombres y su mayor proporción de masa magra explican las mayores necesidades de proteínas en este sexo. (Aranceta, 2006).⁶

Entre sus funciones principales podemos señalar que forman parte de hormonas, enzimas e inmunoglobulinas; intervienen en la formación y regeneración de tejidos corporales. (Sernac, 2008).⁷ Existe un descenso lento pero continuo de las necesidades proteicas relacionadas con el peso durante la edad escolar y preescolar. A esta edad, es importante aportar la cantidad apropiada de proteínas, y a su vez, la cantidad de calorías no proteicas que permitan la utilización de las mismas con función plástica, formación y mantenimiento de tejidos, para que no sean utilizadas como fuente de energía.

⁴ Las necesidades de agua se estiman en 1 - 1,5 ml/kcal. metabolizada o 35 ml/kg de peso. El requerimiento mínimo diario no debe ser inferior a 2000cc, distribuido en alimentos y agua

⁵ Durante la adolescencia, la ganancia de masa corporal corresponde al 50% del peso adulto, al 20% de la talla definitiva y a más del 50% de la masa ósea. La composición del tejido depositado presenta diferencias por género.

⁶ Las necesidades de todos los jóvenes, son considerablemente mayores que las de los niños, a causa de su rápido crecimiento y de la mayor cantidad de energía que consumen en su trabajo y en otras actividades físicas.

⁷ En la pubertad, existe el riesgo de que se sufran deficiencias de algunos nutrientes, como el hierro y el calcio.

El origen de la proteína, además de su valor biológico, tiene importancia como facilitador de la absorción de nutrientes como el hierro y el zinc. (Lestingi, 2004)⁸

Es necesario que los adolescentes incluyan alimentos ricos en proteínas completas, consumiendo cada día leche, queso, yogur, carnes y huevo. Sin embargo, las proteínas incompletas bien combinadas pueden dar lugar a otras de valor equiparable a las de la carne, pescado o huevo. Son ejemplos de combinaciones favorables: leche con arroz, trigo, sésamo o maíz; legumbres con arroz, maíz o trigo; soja con trigo, sésamo o arroz. (Giner, 2008).⁹ Las recomendaciones habituales especifican que la ingesta proteica debe ser de 15 a 20% de la energía total consumida, y contener suficiente cantidad de alto valor biológico (proteínas de origen animal).

En general, la ingesta proteica en los adolescentes es superior a la recomendada, lo que puede interferir en el metabolismo de calcio y favorecer el desarrollo de osteoporosis; por ello es prudente no superar el doble de las recomendaciones aconsejadas. Las deficiencias de este macronutriente sólo se observan en individuos con dietas desequilibradas o escasas, alteraciones del comportamiento alimentario, malabsorción, enfermedades crónicas y limitaciones socioeconómicas. (Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y composición corporal, 2003).¹⁰

En el caso de los hidratos de carbono, éstos proporcionan del 50 al 60% de las calorías totales, teniendo una función de ahorro en el metabolismo de proteínas y grasas. Los mismos se dividen en simples y complejos. Los simples no deben superar el 10-20% del total de hidratos de carbono diarios. El mayor porcentaje debe ser aportado a través de los complejos por verduras, hortalizas, frutas, legumbres, cereales, pan, pastas, y entre los cuales se encuentra la fibra. El consumo de fibra debe aumentar progresivamente hasta llegar a las recomendaciones de los adultos. Una regla sencilla para determinar la ingesta diaria, es usar la cifra de 5 gr más la edad en años. La introducción paulatina de fibra en la dieta tiene las ventajas conocidas sobre la función intestinal de la celulosa y hemicelulosa o de las pectinas sobre la absorción del colesterol. Pero una de las virtudes principales de una alimentación rica en fibra es que las personas que consumen mayor cantidad de fibra,

⁸ Las necesidades de energía están estrechamente relacionadas con el sexo la edad y en forma muy importante con el nivel de actividad física, esta, se puede clasificar como: ligera, moderada e intensa, principalmente de acuerdo con las actividades que se realizan en el tiempo libre.

⁹ La recomendación está en que se consuman panes y cereales integrales ya que aportan fibra.

¹⁰ Los alimentos ricos en grasas, aceites o dulces deben utilizarse, tan solo ocasionalmente. Los jóvenes de sexo masculino que son activos físicamente, necesitan unas 2800 calorías diarias y deben consumir el mayor rango de porciones, presente en la Pirámide de los Alimentos. La leche, el yogur, el queso, proporcionan proteína, vitaminas y minerales y son excelentes fuentes de calcio. Un adolescente debe consumir 2-3 porciones de lácteos cada día, tratando de evitar quesos grasos y helados. Con respecto a la Carne vacuna, a la de pollo, de pescado, legumbres, huevos y frutos secos, los alimentos de este grupo proporcionan proteína, vitaminas y minerales, incluyendo las vitaminas del grupo B, hierro y zinc. Se deben consumir 2-3 porciones de alimentos de este grupo cada día, consumiendo el equivalente de 150-210 gramos de carne magra.

consumen menor porcentaje de grasas, con los beneficios descritos en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

A nivel intestinal, la fibra tiene los siguientes beneficios: favorece la evacuación normal, previene enfermedades crónicas, retrasa la absorción de glucosa y colesterol, y sus productos de fermentación bacteriana sirven de nutrientes a la flora colónica; éstos productos a nivel hepático disminuyen la síntesis de colesterol. (Acosta, 2003).¹¹

Cuadro Nº 3: Recomendación de Nutrientes.

		FAO/OMS (hasta los 10 años)	National Research Council	FAO/OMS (> 10 años)
RECOMENDACIONES	Energía	Por Kg de peso por día según edad y sexo.	Por Kg de peso por día según edad o calorías totales por día.	Se considera el TMB, la actividad física y el crecimiento (5% de TMB)*
	Proteína	Gramos de pr/kg de peso/día por rangos de edad Varón: 0,3gr/cm de talla Mujer:0.27gr/cm de talla	Mujeres: 0.8/gr/kg/día Varón: 1gr/kg/día	
	NUTRICION PEDIATRICA			
	Fibras	Hasta 2 años	1 gr / 100 gr de alimento	
	> 2 años	0,5 gr / kgP (no mayor a 25 gr por día)		
	2 a 20 años	edad (años) + 5		
	Adolescencia - adultos	>20 - 30 gr /día		

Fuente: Elaboración Propia

Las grasas son fuente energía, regulan la temperatura corporal, protegen órganos vitales, transportan vitaminas liposolubles (A-D-E-K) y aportan ácidos grasos esenciales. Hay distintos tipos de grasas (Lestingi, 2004).¹², las saturadas son principalmente de origen animal como manteca, crema de leche, mayonesa, carne roja, entre otras., las monoinsaturadas son de origen vegetal como aceite de oliva, nueces, aceitunas, etc. y las poliinsaturadas son principalmente de origen vegetal como aceites de semillas de girasol,

¹¹ Con respecto al pan, cereales, arroz y pastas, los alimentos de este grupo proporcionan carbohidratos complejos y vitaminas, minerales y fibra.

¹² Los ácidos grasos omega-6 también son una grasa poliinsaturada, esencial para la salud porque el cuerpo humano no puede producirlos. Por esa razón, deben incorporarse a través de los alimentos, tales como las carnes rojas y de aves, los huevos, las frutas secas y los aceites vegetales como el aceite de canola y de girasol.

maíz, soja, frutos secos, pescados azules. Dentro del grupo de grasas poliinsaturadas encontramos un tipo de lípidos llamado “omega” (ω). Estos no pueden ser sintetizados por el organismo por lo que se les llama esenciales y tienen que ingerirse en los alimentos, agrupándose en dos familias: omega 3 y omega 6. Los omega 3 forman parte de la estructura de las neuronas, cerebro, retina y nervios periféricos. Los omega 6 son esenciales recubriendo cada una de las células del organismo, y participan en actividades hormonales e inmunológicas, siendo indispensables para mantener la piel en estado saludable, ayudándola a mantenerse suave y flexible, protegiéndola de infecciones, regulando la temperatura y pérdida de agua y se pueden presentar deficiencias de omega en aquellas etapas de la vida donde el crecimiento se encuentra acelerado. Podemos asegurar una ingesta adecuada de poliinsaturados como los de la familia de los omega, promoviendo el consumo de pescados.

FAO-OMS recomienda que la ingesta de AGE (Lestingi, 2004)¹³ (linoleico y alfa-linolénico) deben constituir el 4 a 5% de la energía total, con un mínimo de 3% como linoleico precursor de los omega 6 y 0.5% como alfa-linolénico precursor de los omega 3.

A partir de los 2 años de edad es importante fomentar hábitos alimentarios que no favorezcan la ingesta excesiva de grasas, superior al 30% de las calorías, ni de grasas saturadas a más del 10% de la ingesta. El fundamento de esta recomendación es múltiple. En primer lugar, se ha demostrado que las ingestas excesivas de grasas determinan en los individuos genéticamente susceptibles un aumento del colesterol sanguíneo, en segundo lugar, la ingesta de grasas saturadas se asocia epidemiológicamente con el cáncer de colon y de mama especialmente en individuos con antecedentes familiares, y en tercer lugar, las dietas con exceso de grasas son más obesogénicas en razón de la menor disipación de calor que generan y la mayor facilidad de almacenar la energía no utilizada que las dietas ricas en hidratos de carbono o proteínas.

Cuadro Nº 4: Fuentes dietarias

Ácido linoleico	→	Aceites vegetales
Araquidónico	→	Carne e hígado
Eicosapentanoico - Docosaexanoico	→	Pescados y mariscos
Linolénico	→	Aceite de soja

Fuente: Adaptado de Leistingi M.E, Nutrición pediátrica, (2004).

¹³ Corrigen los desequilibrios en las dietas modernas que acarrear problemas de salud. Una alimentación rica en ácidos grasos omega-3 puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades crónicas

El colesterol es una sustancia grasa y el organismo lo necesita para fabricar hormonas, vitamina D, mediante la exposición solar, y ácidos biliares. La Academia Americana de Pediatría además recomienda que la ingesta de colesterol no supere los 300 mg/día.

El consumo de alimentos descremados durante la pubertad, es adecuado para el crecimiento y para mantener los niveles de los parámetros bioquímicos nutricionales normales en sangre, también benefician los folatos y hemoglobina en sangre. (Sabate, 1991).¹⁴

Los minerales son elementos que el cuerpo requiere en proporciones pequeñas y su función es reguladora. Los macrominerales como calcio, fósforo, sodio, cloro, magnesio, hierro, azufre son minerales esenciales y se necesitan en mayor proporción. Los microminerales o elementos traza también son esenciales, pero el organismo los necesita en menor cantidad como el cinc, cobre, yodo, cromo, selenio, cobalto, molibdeno, manganeso, flúor, por lo que su posibilidad de déficit es baja.¹⁵

Según recomendaciones de la NRC (1997-2001)¹⁶ una dieta rica en vegetales y frutas es la mejor garantía para la ingesta correcta de minerales y vitaminas.

En la nutrición del adolescente existen nutrientes críticos cuyos requerimientos deben cubrirse, ellos son: el zinc que es un mineral esencial que participa en decenas de reacciones biológicas ya que interviene en la síntesis de proteínas, en la formación de tejidos, en el crecimiento, tiene acción antioxidante. Su deficiencia fue descrita por primera vez en los '60 en adolescentes del Medio Oriente que presentaban retraso del crecimiento y de la maduración sexual. La deficiencia se atribuyó a la baja ingesta de cinc y a una dieta muy rica en fibra y fitatos que es sabido afectan su biodisponibilidad. La deficiencia de cinc es frecuente en todos los países del mundo, es más severa donde la dieta es rica en inhibidores de la absorción, fibra y fitatos, y pobre en facilitadores o en alimentos ricos en el mineral como carnes, pescados, mariscos, huevo, frutos secos, legumbres, cereales completos y quesos curados (Hodgson, s.f.).¹⁷ El hierro es esencial para la formación de hemoglobina y mioglobina y actúa como cofactor en diversos sistemas enzimáticos. Los efectos principales de su deficiencia severa son sobre la actividad física y la inmunidad. El

¹⁴ Otros factores que influyen en que la necesidad de hierro sea mayor, son el aumento de peso y el comienzo de la menstruación en las chicas, por lo tanto estos factores deberían tenerse en cuenta cuando se evalúan las necesidades de hierro en este grupo de edad.

¹⁵ Uno de los temas más importantes a tener en cuenta durante la adolescencia es la necesidad de incrementar el consumo de alimentos ricos en este mineral, como las carnes magras y el pescado.

¹⁶ El hierro que proviene de los alimentos de origen animal, conocido como hierro hemínico, se absorbe mucho mejor que el hierro de alimentos de origen no animal, hierro no hemínico.

¹⁷ Las personas que siguen dietas vegetarianas corren por lo tanto más peligro de sufrir carencias de este mineral. Los mayores aumentos se dan en la primera adolescencia, entre los 10-14 años en las chicas y los 12-16 en los chicos masa ósea de un adulto se forma durante la adolescencia, aunque continúa creciendo después, hasta aproximadamente los treinta años.

estirón puberal aumenta el riesgo de anemia por mayor demanda del mismo (Puntis, 1997)¹⁸, siendo que los adolescentes son susceptibles a sufrir anemia ferropénica, ya que su volumen sanguíneo y su masa muscular aumentan durante el crecimiento y el desarrollo, esto incrementa las necesidades de dicho mineral para fabricar hemoglobina y mioglobina. Las necesidades de hierro se ven aumentadas, en los varones por aumento de la masa corporal magra, y en las niñas por el comienzo de la menstruación y en ambos sexos, otro factor que influye en que la necesidad sea mayor es el aumento de peso. La prevalencia de anemia ferropénica entre los adolescentes varía entre el 2 y el 10%. Esta deficiencia puede llegar a ser un factor limitante del crecimiento y suponer un daño en algunos procesos fisiológicos y funcionales como la atención y la memoria a corto plazo (Weaver, 2000)¹⁹. Durante la adolescencia, se debe incrementar el consumo de alimentos ricos en este mineral como carnes, vegetales de color verde, frutos secos, cereales enriquecidos, huevo, hígado. El hierro que proviene de alimentos de origen animal, hierro hemínico, se absorbe mucho mejor que el proveniente de alimentos vegetales, hierro no hemínico. La vitamina C y las proteínas animales favorecen la absorción de hierro no hemínico. (Weaver, 2000)²⁰ El calcio forma parte de huesos, tejido conjuntivo y músculos. Es esencial para una buena circulación de la sangre y juega un papel importante en la transmisión de impulsos nerviosos. Para reducir el riesgo posterior de osteoporosis, es esencial alcanzar una masa ósea máxima, lo que hace deseable mejorar en lo posible la formación de huesos durante la niñez y la adolescencia. Por lo tanto, los requerimientos aumentados de calcio se asocian al proceso de crecimiento y a la mineralización ósea, ya que durante la adolescencia se produce el 30% del incremento total de la densidad mineral ósea, aunque continúa creciendo hasta aproximadamente los 30 años de edad. (Weaver, 2000)²¹. No obstante; muchos niños y adolescentes no alcanzan la masa ósea máxima, lo que en parte puede ser consecuencia de las elecciones de las dietas, influyendo también el consumo de vitamina D y fósforo, y la práctica de ejercicio físico. Para alcanzar la masa ósea máxima se debe

¹⁸ El 99% de las reservas de calcio del cuerpo se concentran en los huesos y, durante la aceleración del crecimiento en la pubertad, el aumento del peso óseo es más rápido.

¹⁹ Son tres los minerales que tienen especial importancia en la adolescencia: el calcio, el hierro y el zinc. Cada uno de ellos se relaciona con un aspecto concreto del crecimiento: El calcio con el crecimiento de la masa ósea. El hierro con el desarrollo de tejidos hemáticos (los glóbulos rojos) y del muscular. El zinc con el desarrollo de la masa ósea y muscular. También está relacionado con crecimiento del cabello y uñas.

²⁰ Para los adolescentes se recomiendan, especialmente, las vitaminas que de alguna forma se relacionan con la síntesis de proteínas, el crecimiento y el desarrollo: vitaminas liposolubles A y D (lácteos enteros, grasas lácteas – mantequilla, nata -, yema de huevo, vísceras...) y ciertas vitaminas del grupo B: ácido fólico (legumbres y verduras verdes, frutas, cereales de desayuno enriquecidos e hígado), B12 (carne, huevo, pescado, lácteos y fermentados de la soja enriquecidos...), B6 (cereales integrales, hígado, frutos secos, levadura de cerveza), riboflavina (hígado, huevos, lácteos, levadura de cerveza), niacina (vísceras, carne, pescado, legumbres y cereales integrales) y tiamina (cereales integrales, legumbres y carnes)

²¹ Un grave problema derivado de todo esto es la sobrealimentación. Es bastante frecuente que con tan sólo una comida de tipo fast food ingeramos más de la mitad de las calorías diarias necesarias.

consumir, durante la niñez y la adolescencia, alimentos ricos en calcio: leche, yogur, queso, frutos secos, pescados. Con una adecuada selección de alimentos y el consumo de una dieta variada, se logra incorporar todos los minerales que pueden llegar a estar disminuidos en los adolescentes por ejemplo el zinc, hierro, calcio, entre otros (Castañola, 2004).²² Las vitaminas son necesarias en pequeñas cantidades, sin ellas el organismo es incapaz de aprovechar los elementos energéticos y constructivos suministrados por la alimentación. Algunas vitaminas se sintetizan en pequeñas cantidades en nuestro cuerpo: la vitamina D con la exposición solar, especialmente necesaria para el crecimiento esquelético rápido, y las vitaminas K, B1, B12 y ácido fólico que se forman en pequeñas cantidades en la flora intestinal.

Imagen N° 1: Patrón de ingesta de vegetales y frutas en adolescentes



Fuente: Castañola (2004)

Una alimentación sana y equilibrada permite cubrir las necesidades vitamínicas del organismo. El período de máxima demanda vitamínica coincide con la máxima velocidad de crecimiento. Los hombres presentan ingestas más altas de vitaminas y minerales que las mujeres. De los alimentos consumidos, el pan es fundamental para el aporte dietario de vitaminas del complejo B (exceptuando B12), hierro, cobre y selenio; así como los lácteos para el calcio; las carnes, aves y pescados para el hierro, zinc y vitamina B12; las verduras para la vitamina A y las frutas para la vitamina C. La ingesta promedio de la mayoría de las vitaminas superó las recomendaciones, con excepción del ácido pantoténico, la vitamina E y la B12, en el caso de los minerales fueron el calcio, el magnesio y el hierro los que presentaron ingestas promedio inferiores a las recomendaciones. (Rohde, 1999).²³

²² Por lo tanto, durante la adolescencia es necesario prestar especial atención a las vitaminas relacionadas con el crecimiento y el desarrollo como son la vitamina A, D, ácido fólico, B12, B6, tiamina, riboflavina y niacina.

²³ Una matriz de vitaminas es necesaria para completar la estructura y función de las células recién formadas. También son necesarias para apoyar el sistema inmune durante la adolescencia, que es una edad en la que se entra en contacto con una variedad de personas.

En general, no se aprecian carencias vitamínicas graves en la población adolescente occidental, aunque pueden presentarse deficiencias subclínicas que conducen a un menor rendimiento intelectual, depresión del sistema inmunológico, insomnio, etc. Estas deficiencias son más comunes en el sexo femenino debido al menor consumo de alimentos. La carencia que se presenta con mayor frecuencia es la del ácido fólico, debido a la baja ingesta de alimentos ricos en esta vitamina como el hígado y las verduras. (Baranowski, 2001).²⁴

La evaluación del crecimiento físico constituye una parte importante de la atención pediátrica, tiene utilidad en la valoración de la salud general, en la medición del impacto de las enfermedades y de otros factores medioambientales sobre su desarrollo, en la evaluación de medidas terapéuticas, en la elaboración de programas de carácter preventivo, en la detección temprana de la desnutrición, en la evaluación del estado nutricional de individuos y de grupos de población, y en el seguimiento de comunidades, como indicador de salud y bienestar general.

Esta valoración requiere la disponibilidad de normas antropométricas y de gráficas normales de referencia; las cuáles fueron puestas a disposición de los pediatras y de otros trabajadores de la salud Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría. (Olivares, 2008).²⁵ El estado nutricional de una población adolescente, puede ser evaluado con distintas finalidades, por lo tanto la metodología empleada para la valoración dependerá de si el objetivo es individual o poblacional. Los factores que influyen en el estado nutricional son diferentes en los países desarrollados y en los no desarrollados. En los países industrializados la desnutrición generalmente ocurre en relación con trastornos orgánicos, enfermedades crónicas, o trastornos psicosociales, y la obesidad comienza a ser un problema creciente, mientras que en los subdesarrollados es reconocida la relación entre desnutrición y morbimortalidad en la infancia.

“Por lo tanto, en ambos extremos la interacción entre nutrición, enfermedad, crecimiento, y sus consecuencias a largo plazo son áreas en las que el pediatra debe investigar y trabajar activamente” (Girolami, 2003).²⁶

²⁴ El ácido fólico y el hierro son esenciales para las niñas. Las adolescentes pueden perder una gran cantidad de sangre durante su período especialmente cuando está empezando y esta pérdida puede conducir a la anemia si no es sustituida.

²⁵ El control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada.

²⁶ La evaluación nutricional en pediatría, se ha orientado al diagnóstico y clasificación de estados de deficiencia, lo que es explicable dado el impacto que tienen en la morbimortalidad infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la evaluación del estado nutricional como:

“La interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos, y/o clínicos; que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa”. (1995).²⁷

La evaluación de la situación nutricional en una comunidad o en un individuo, necesita de tres elementos: Un indicador, una población de referencia y un límite de inclusión o corte.

Un indicador se define como una medida objetiva y representativa de la situación nutricional.

Una población de referencia define los valores de normalidad.

Un límite de inclusión o de corte hace referencia al valor el cuál se considera el límite de la normalidad.

No hay una prueba única, el método a utilizar depende del objetivo que se quiera lograr. Así, se puede realizar una evaluación “mínima” para explorar el estado de salud de una comunidad mediante datos básicos para una evaluación epidemiológica por peso corporal, talla y edad; una evaluación “mediana” para adoptar conductas preventivas y terapéuticas que requieran además un seguimiento, utilizando encuestas alimentarias, antropometría con perímetros y diámetros, composición corporal por fórmulas antropométricas, y una evaluación “máxima” en pacientes con enfermedad aguda o crónica que compromete el estado de nutrición, incluyendo prácticas más avanzadas como bioimpedancia, pruebas cutáneas, laboratorio y anamnesis alimentaria completa. (Milland, 2006).²⁸ La evaluación del estado nutricional implica un diagnóstico de situación y una valoración epidemiológica. El diagnóstico se obtiene a través del examen físico, la toma y el análisis de los datos antropométricos. Para la interpretación epidemiológica hay que relacionar el diagnóstico con los datos obtenidos de la historia clínica nutricional, el estudio de la alimentación actual y la información de los datos socioeconómicos o geográficos del grupo familiar al que pertenece el paciente.

La valoración nutricional en el niño y adolescente comprende el estudio global de una serie de métodos basados en mediciones dietéticas, antropométricas y biológicas, que nos

²⁷ La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las Curvas de Crecimiento elaboradas por el National Center for Health Statistics (NCHS), ya que los pesos y tallas de niños provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados son similares a los de niños de países desarrollados con antecedentes comparables.

²⁸ El antecedente de patología crónica o de infecciones recurrentes que modifiquen la ingesta, absorción o excreción de nutrientes, o bien, aumenten el gasto energético o las pérdidas nitrogenadas, obliga a una vigilancia nutricional cercana.

van a permitir conocer el estado nutricional y detectar posibles deficiencias. (Gomez, 2007).²⁹

Como componente de la VEN, la valoración de la ingesta dietética permite conocer el ingreso de nutrientes en individuos o poblaciones, y determinar su adecuación a los estándares de referencia. Los patrones de alimentación deben evaluarse no sólo ante la posibilidad de riesgo de deficiencia o de excesos, sino también de conductas que impliquen riesgo para el futuro del adolescente, como obesidad, hipertensión, entre otras.

La evaluación alimentaria da una idea de los patrones de consumo del adolescente y su familia. Una valoración de la ingesta dietética permite conocer el ingreso de nutrientes en individuos o poblaciones y determinar su adecuación a los estándares de referencia. Puede dar una idea de la cantidad y calidad de la dieta permitiendo así la detección de carencias o excesos nutricionales. Este tipo de información se puede obtener a través de la *historia alimentaria*, que es una evaluación dietética poco precisa de la dieta pasada. Es un instrumento que permite interpretar los hallazgos de la clínica, seleccionar la población que va a ser sometida a estudios complementarios y brindar la información sobre el riesgo de carencias nutricionales. La mayor ventaja de este método es la evaluación de patrones alimentarios y detalles de la ingesta, más que el consumo por un corto período de tiempo, como registros o recordatorios, o sólo frecuencia de consumo.

Como sucede con la frecuencia de consumo, la evaluación de ingesta habitual por historia alimentaria, aparenta ser mayor que la información recogida a través del registro de ingesta o recordatorio. (Block, 1990).³⁰

La alimentación en las escuelas es una materia de máximo interés y repercusión. El colegio tiene una contribución esencial en el desarrollo emocional, físico, social e intelectual del alumno. La atención que se le presta al adolescente no debe limitarse a los aspectos estrictamente docentes, sino abarcar todos aquellos que favorecen su desarrollo mediante una educación integral que incluye, entre otros aspectos, la alimentación. Entre las problemáticas que se detectan en las escuelas se destaca: la gran dispersión de valores en el aporte calórico, la distribución calórica a lo largo del día inadecuada lo que lleva al desayuno escaso y mucho picoteo, y el consumo de snacks por que en los escolares mayores y adolescentes llega hasta un 18 por 100 de la ingesta energética diaria fuera de las comidas. Además otras problemáticas también podrían ser: el aporte de proteínas excesivo, sobre todo, de proteína animal, la ingesta de los hidratos de carbono complejos baja y excesivos aporte de azúcares refinados, el consumo elevado de grasas

²⁹ La valoración nutricional de un adolescente permite evaluar la interrelación del patrón genético y el medio ambiente sobre un organismo en constante crecimiento y desarrollo.

³⁰ Los resultados de la encuesta nutricional o del balance de ingesta deben compararse con los requerimientos estimados del niño para establecer su adecuación.

principalmente saturadas provenientes de carnes, galletitas, pan, la disminución del consumo de leche, siendo esta descremada con mucha frecuencia, el aumento de bebidas, gaseosas, jugos azucarados y de forma alarmante el alcohol, y la reciente preocupación por la figura corporal desde edades tempranas, sobre todo en niñas. (Seoane, 2004).³¹

Las causas de los problemas nutricionales son distintas en todos los países, en especial, las relacionadas con los factores externos que afectan la conducta de las personas, como el nivel socioeconómico, la escolaridad, la disponibilidad de alimentos, las costumbres alimentarias tradicionales, la oferta y publicidad de alimentos, entre otros. En consecuencia, las posibles soluciones son también variadas, y dependerán del perfil epidemiológico y las características socioculturales de la población. (Sernac, 2008).³²

³¹ Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes; las mediciones seriadas son una de las mejores guías del estado nutricional del niño. Deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia.

³² Esta información debe ser utilizada para orientar a los padres sobre la situación en la que se encuentra el niño(a), se espera también que se les proporcionen los consejos necesarios en el caso que el crecimiento se encuentre retardado.

Diseño Metodológico

Diseño Metodológico



Esta investigación, según análisis y alcances de los resultados, es de tipo exploratorio, descriptivo ya que busca determinar el estado nutricional de los adolescentes en relación a las características de la alimentación que éstos realizan, y otros aspectos relacionados, como la autopercepción de la imagen corporal.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, se puede denominar el siguiente estudio como retrospectivo, ya que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado; y en relación al período y secuencia del estudio, se define como transversal, ya que analiza el comportamiento de las variables de interés en un momento determinado. (Pineda, 1994).¹

El universo de este estudio está constituido por 300 adolescentes pertenecientes al rango de edad comprendido desde los 13 hasta los 16 años de edad que concurren a escuelas privadas y públicas del nivel polimodal de la ciudad de Necochea.

Selección y definición de variables:

- **Sexo:**
Femenino o masculino, obtenida de igual forma.
- **Edad:**
Definición conceptual: cantidad de años y meses cumplidos desde el momento del nacimiento al de la realización de la encuesta.
Definición operacional: la edad se expresa en año y meses, y se obtiene a través de las encuestas realizadas a los adolescentes; esta variable permite ubicar al adolescente dentro de las gráficas correspondientes.
- **Peso:**
Definición conceptual: Es una medición global que evalúa toda la masa corporal del adolescente, tanto su masa magra como su tejido graso. Peso en kilogramos al momento de la realización de la encuesta.
Definición operacional: los adolescentes deben pesarse con un mínimo de ropa y sin calzado. El peso se expresara en Kg de los adolescentes de 13 a 16 años
Se utilizará una balanza de palanca colocando al adolescente en el centro de la plataforma, efectuándose la lectura. (Lejarraga, 2001).²

¹ Objeto, proceso o característica que está presente, o supuestamente presente, en el fenómeno que un científico quiere estudiar. Los objetos, procesos o características reciben el nombre de variables en la medida en que su modificación provoca una modificación en otro objeto, proceso o característica. Las variables principales a las que se suele referir la investigación en psicología pueden ser independientes, dependientes, intermedias, conductuales, observables, o inobservables.

² No todos somos iguales. No tenemos la misma altura, complexión ni pesamos lo mismo. Por eso el peso más saludable para uno, no es el mismo que el peso ideal para otro.

- **Talla:**

Definición conceptual: talla en centímetros al momento de la realización de la encuesta. Es una medición que determina la longitud de los huesos.

Definición operacional: los adolescentes se miden sin calzado con sus talones, nalgas y cabeza en contacto con la superficie vertical. Se desliza una superficie horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical hasta que toque la cabeza del sujeto. Se le pide que haga una inspiración profunda y luego se realiza la lectura hasta el último centímetro o milímetro completo.

- **Indicadores antropométricos:** surgen de combinar una medida corporal (como peso o talla) con la edad o con otra medida. Los usados en este estudio serán: P/E: permite hacer una evaluación nutricional en función de la gravedad del déficit o del exceso de peso respecto a los estándares correspondientes de peso/edad. Es un indicador de desnutrición aguda.

Medidas: la medida corporal peso se combina con la edad para conformar el indicador P/E. (Lejarraga, 2001)³

Límite de inclusión: percentilos 3 – 97.

T/E: indica déficit nutricional prolongado. La baja talla para la edad es un indicador antropométrico de inequidad social y refleja epidemiológicamente las condiciones en que se han criado y crecido los adolescentes.

Medidas: la medida corporal talla se combina con la edad y de esta manera se construye el indicador T/E. (Lejarraga, 2001)⁴

Límite de inclusión: percentilos 3 – 97.

IMC: resulta de dividir el peso sobre la talla al cuadrado (P/T^2). Es un indicador antropométrico de suma utilidad para el diagnóstico de sobrepeso u obesidad en adolescentes.

³ En la Argentina, desde 1987 se emplean tablas de crecimiento de origen nacional. Han gozado de un amplia aceptación entre los pediatras de nuestro país y han sido recomendadas y difundidas por la Sociedad Argentina de Pediatría.

⁴ Su vigencia en relación a los eventuales cambios seculares que puede haber experimentado la población local ha sido ratificada en una y otra oportunidad, cada vez que en el país se contó con una muestra de niños sanos, ya sea en edad pre-escolar, adolescentes, o en población adulta.

Se evaluarán los datos recolectados, según propone la OMS en la siguiente tabla:

Resultado del IMC	Estado
Menos de 18.49	Infra Peso
18.50 a 24.99	Peso Normal
25 a 29.99	Sobre Peso
30 a 34.99	Obesidad Leve
35 a 39.99	Obesidad Media
40 o Mas	Obesidad Mórbida
Clasificación de la OMS de acuerdo al IMC	

Fuente: Centro Nacional de estadísticas de Salud (2000)

- **Consumo de productos dietéticos:**

Definición Conceptual: “Es la ingesta de aquellos alimentos cuya composición ha sido modificada, y que se encuentran destinados a satisfacer necesidades particulares de nutrición y alimentación de determinados grupos poblacionales. No necesariamente son productos reducidos en su valor calórico.” (Código Alimentario Argentino)

Definición Operacional: Es la ingesta de aquellos alimentos cuya composición ha sido modificada, y que se encuentran destinados a satisfacer las necesidades particulares de nutrición y alimentación de los alumnos de 13 a 16 años los colegios privados y públicos de la ciudad de Necochea y que no necesariamente son productos reducidos en su valor calórico. Se evaluará mediante una Frecuencia de Consumo.

- **Patrones de consumo:** cantidad de alimentos consumidos, métodos de preparación, compra de alimentos, con quién comparten la mesa, quién cocina habitualmente, hábito de desayuno y qué suelen consumir en el mismo. Frecuencia de consumo: cantidad de veces por semana en que se ingieren los distintos alimentos y en qué cantidad por día cada uno de ellos.

Instrumento de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos seleccionados para el presente estudio son:

*Balanza de pie: instrumento vertical para pesar individuos en kilogramos.

*Cinta: métrica, metálica, inextensible y flexible para medir individuos en centímetros.

*Encuesta de hábitos alimentarios, prácticas coquinarias y patrones de consumo de los adolescentes. Las mismas fueron realizadas tanto en escuelas públicas como privadas de la ciudad de Necochea, seleccionadas por facilidad de acceso y amabilidad de las autoridades en permitirme la realización de dichas encuestas, también se tuvo en cuenta la ubicación de cada una de las escuelas.

Consentimiento Informado:

La presente investigación es conducida por María Florencia Morales, estudiante de la carrera Lic. en Nutrición de la Universidad FASTA.

El objetivo de este estudio es determinar cuáles son los patrones de consumo alimentario, estado nutricional, y autopercepción de la imagen corporal en adolescentes de la ciudad de Necochea.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta y también realizaremos mediciones antropométricas, no podrán ser medidos aquellos que tengan marcapasos u otro dispositivo médico o si está embarazada. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Los datos recabados, serán estrictamente confidenciales y se utilizarán únicamente para el trabajo de tesis. Guardo el secreto estadístico de los datos según indica la ley. Desde ya agradezco su participación.

Yo..... Acepto participar de la encuesta.

Firma..... Aclaración.....

N° encuesta: ____

A. Datos personales.

1. Sexo:

-Masculino

-Femenino

2. Edad: ____

B. Datos de la valoración nutricional.

3- Peso (en Kg): ____

4- Talla(en mts): ____

5- IMC: ____

C. Patrones de consumo alimentario:

5- ¿Con que frecuencia realizas cada una de estas comidas? Marcar con una X.

Comida	7 veces x semana	6-4 veces x semana	3-2 veces x semana	1 vez x semana	Nunca
Desayuno					
Colación					
Almuerzo					
Merienda					
Cena					

6- ¿Con qué frecuencia consumís los siguientes alimentos? Marcar con X e indicar la cantidad y equivalencia.

Diseño Metodológico

ALIMENTO	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	< 1 VEZ POR SEMANA
LECHE ENTERA FLUIDA	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones(30cc)
	1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café(100 cc)	1 pocillo tipo café(100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)
	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)
LECHE FLUIDA DESCREMADA	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones(30cc)
	1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café(100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)
	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)
LECHE EN POVO DESCREMADA	1 cucharada Tipo té (2 gr)	1 cucharada Tipo té (2 gr)	1 cucharada Tipo té (2 gr)	1 cucharada Tipo té (2 gr)	1 cucharada Tipo té (2 gr)
	1 cucharada Tipo postre(5 gr)	1 cucharada Tipo postre(5 gr)	1 cucharada Tipo postre(5 gr)	1 cucharada Tipo postre(5 gr)	1 cucharada Tipo postre(5 gr)
	1 cucharada Sopera (15 gr)	1 cucharada Sopera (15 gr)	1 cucharada Sopera (15 gr)	1 cucharada Sopera (15 gr)	1 cucharada Sopera (15 gr)
YOGUR ENTERO	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)
	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)
YOGUR DESCREMADO	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)
	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)
QUESO UNTABLE DESCREMADO	1 cuch. tipo té al ras(5 gr)	1 cuch. tipo té al ras(5 gr)	1 cuch. tipo té al ras(5 gr)	1 cuch. tipo té al ras(5 gr)	1 cuch. tipo té al ras(5 gr)
	1 cuch. tipo postre al ras(10 gr)	1 cuch. tipo postre al ras(10 gr)	1 cuch. tipo postre al ras (10 gr)	1 cuch. tipo postre al ras(10 gr)	1 cuch. tipopostre al ras(10 gr)
	1 cucharada sop. al ras(15 gr)	1 cucharada sop. al ras(15 gr)	1 cucharada sop. al ras(15 gr)	1 cucharada sop.al ras(15 gr)	1 cucharada sop. al ras(15 gr)
QUESO UNTABLE ENTERO	1 cucharada tipo té al ras(5 gr)	1 cucharada tipo té al ras(5 gr)	1 cucharada tipo té al ras(5 gr)	1 cucharada tipo té al ras(5 gr)	1 cucharada tipo té al ras(5 gr)
	1 cuch. tipo postre al ras(10 gr)	1 cuch.tipo postre al ras (10 gr)	1 cuch. tipo postre al ras (10 gr)	1 cuch. tipo postre al ras (10 gr)	1 cuch. tipo postre al ras(10 gr)
	1 cuch. sobera al ras(15 gr)	1 cuch. sobera al ras(15 gr)	1 cuch. sobera al ras(15 gr)	1 cuch. sobera al ras(15 gr)	1 cuch. sobera al ras(15 gr)
QUESOS cuartirolo , por salut	Una porción tipo celular chico (60 gr)	Una porción tipo celular chico(60 gr)	Una porción tipo celular chico(60 gr)	Una porción tipo celular chico(60 gr)	Una porción tipo celular chico(60 gr)
HUEVO ENTERO	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)
	2 unid.(100gr)	2 unid.(100gr)	2 unid.(100gr)	2 unid.(100gr)	2 unid.(100gr)
	3unid.(150gr)	3 unid. (150gr)	3 unid.(150gr)	3 unid.(150gr)	3 unid.(150gr)
CARNE HIGADO	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)
	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)
	2 bifes (300 gr)	2 bifes (300 gr)	2 bifes (300 g)	2 bifes (300 gr)	2 bifes (300 gr)
POLLO	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)
	½pechuga sin piel (100gr)	½pechuga sin piel (100gr)	½pechuga sin piel (100gr)	½pechuga sin piel (100gr)	½pechuga sin piel (100gr)
	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)
PESCADO	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)
	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)
	2 filettes (240gr)	2 filettes (240gr)	2 filettes(240gr)	2 filettes (240gr)	2 filettes (240gr)
RIÑÓN	1 unidad (30gr)	1 unidad (30gr)	1 unidad (30gr)	1 unidad (30gr)	1 unidad (30gr)
	2 unidades(60gr)	2unidades(60gr)	2unidades(60gr)	2unidades(60gr)	2 unidades(60gr)
	3 unidades(90gr)	3unidades(90gr)	3unidades(90gr)	3unidades(90gr)	3 unidades(90gr)
LEGUMBRES	2 cucharadas soperas(40 gr)	2 cucharadas soperas (40 gr)	2 cucharadas soperas (40 gr)	2 cucharadas soperas (40 gr)	cucharadas soperas (40 gr)
	1 pocillo en crudo (70 gr)	1 pocillo en crudo (70 gr)	1 pocillo en crudo (70 gr)	1 pocillo en crudo (70 gr)	1 pocillo en crudo (70 gr)
	2 pocillos en crudo (140 gr)	2 pocillos en crudo (140 gr)	2 pocillos en crudo (140 gr)	2 pocillos en crudo (140 gr)	2 pocillos en crudo (140 gr)

Diseño Metodológico

ALIMENTO	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	< 1 VEZ POR SEMANA
TOMATE, BERENJENA, ZAPALLITO	1 unidad chica (100 gr)				
	1 unidad mediana (150 gr)				
	1 unidad grande (200 gr)	unidad grande (200 gr)			
VEGETALES DE HOJA VERDE	1 taza chica en cocido (70 gr)				
	1 taza mediana en cocido (150 gr)				
	1 taza grande en cocido (200 gr)				
PIMIENTO, REMOLACHA, CEBOLLA, ZANAHORIA	1 unidad chica (70 gr)				
	1 unidad mediana (120 gr)				
	1 unidad grande (180 gr)				
LECHUGA, REPOLLO, RADICHETA	5 hojas (50 gr)				
	10 hojas (100 gr)				
PAPA, BATATA	1 unidad chica (100 gr)				
	1 unidad mediana (180 gr)				
	1 unidad grande (300 gr)	unidad grande (300 gr)			
FRUTAS SECAS	3 unidades (15 g)				
	5 unidades (25 g)				
	10 unidades (50 g)				
FRUTAS	1 unidad chica (100 gr)				
	1 unidad mediana (150 gr)				
	1 unidad grande (200 gr)	unidad grande (200 gr)			
ARROZ	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)
	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)
	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)
	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)
ARROZ INTEGRAL	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)
	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)
	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)	1 pocillo de café en cocido (40 gr)
	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)
FIDEOS	½ plato en cocido (120 gr)				
	1 plato en cocido (240 gr)				
	2 platos en cocido (480 gr)				

Diseño Metodológico

ALIMENTO	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	< 1 VEZ POR SEMANA
ÑOQUIS	½ plato en cocido (100 gr)				
	1 plato en cocido (200 gr)				
	2 platos en cocido (400 gr)				
PASTAS RELLENAS	16 unidades en cocido (100 gr)				
	1 plato en cocido (200 gr)				
	2 platos en cocido (400 gr)				
POLENTA	½ plato en cocido(75gr)	½ plato en cocido (75gr)	½ plato en cocido(75gr)	½ plato en cocido (75gr)	½ plato en cocido (75gr)
	1 plato en cocido (150 gr)				
	2 platos en cocido(300 gr)				
EMPANADAS TARTAS	3 porciones (270 gr)				
	5 porciones (450 gr)				
	7 porciones (630 gr)				
PIZZA	3 porciones (210gr)				
	5 porciones (350 gr)				
	8 porciones (540 gr)				
BARRAS DE CEREAL	1 unidad (25 gr)	1 unidad(25 g)	1 unidad (25 gr)	1 unidad (25 gr)	1 unidad(25 gr)
	2 unid.s(50 gr)	2 unid.(50 gr)	2 unid.(50 gr)	2 unid.(50 gr)	2 unid.(50 gr)
	3 unid.(75gr)	3 unid.(75gr)	3 unid.(75gr)	3 unid.(75gr)	3 unid. (75g)
COPOS DE CEREAL	2 Cucharadas soperas (30 gr)				
	4 cucharadas soperas (60 gr)				
	6 cucharadas soperas (90 gr)				
PAN	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30gr)	1 mignon (30gr)	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)
	2 mignones (60 gr)				
	3 mignones (90 gr)				
PAN DE SALVADO	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30gr)	1 mignon (30gr)	1 mignon (30gr)	1 mignon (30 gr)
	2 mignones (60 gr)				
	3 mignones (90 gr)				
PAN LACTAL	2 unidades (50gr)	2 unidades (50g)	2 unidades (50g)	2 unidades (50g)	2 unidades (50 gr)
	4 unidades (100gr)	4 unidades (100gr)	4 unidades (100gr)	4 unidades (100gr)	4 unidades (100g)
	6 unidades (150 gr)				
PAN LACTAL SALVADO	2 unidades (50 gr)	2 unidades (50g)	2 unidades (50g)	2 unidades (50g)	2 unidades (50 gr)
	4 unidades (100gr)	4 unidades (100gr)	4 unidades (100gr)	4 unidades (100gr)	4 unidades (100g)
	6 unidades (150 gr)				
GALLETITAS Tipo Agua	7 unidades (30 gr)	7 unidades (30g)	7 unidades (30 gr)	7 unidades (30g)	7 unidades (30g)
	14 unidades (60 gr)	14 unidades (60gr)	14 unidades (60 gr)	14 unidades (60 gr)	14 unidades (60 gr)
	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)

Diseño Metodológico

ALIMENTO	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	< 1 VEZ POR SEMANA
GALLETITAS DULCES	5 unid.(30 gr)	5 unid.(30 gr)	5 unid.(30 gr)	5 unid.(30 gr)	5 unid.(30 gr)
	10 unid.(60 gr)	10 unid.(60 gr)	10 unid.(60 gr)	10 unid.(60 gr)	10 unid.(60 gr)
	15 unid.(90 gr)	15 unid.(90 gr)	15 unid.(90 gr)	15 unid.(90 gr)	15 unid.(90 gr)
AZÚCAR	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)
	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)
	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)
MERMELADA	2 cucharadas tipo té(10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 g)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)
	4 cucharadas tipo té(20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)
	6 cucharadas tipo té(30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)
GOLOSINAS	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)
	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)
	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)	3 cuadraditos de chocolate(25gr)	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)
	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)
LEVADURA DE CERVEZA	1 blister individual (10 gr)	1 blister individual (10 gr)	1 blister individual (10 gr)	1 blister individual (10 gr)	1 blister individual (10 gr)
	1 cucharada sopera(30 gr)	1 cucharada sopera(30 gr)	1 cucharada sopera(30 gr)	1 cucharada sopera(30 gr)	1 cucharada sopera(30 gr)
SALVADO DE AVENA TRIGO	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)
	2 cucharadas soperas (30 gr)	2 cucharadas soperas (30 gr)	2 cucharadas soperas (30 gr)	2 cucharadas soperas (30 gr)	2 cucharadas soperas (30 gr)
	3 cucharadas soperas (45 gr)	3 cucharadas soperas (45 gr)	3 cucharadas soperas (45 gr)	3 cucharadas soperas (45 gr)	3 cucharadas soperas (45 gr)
SNACKS (Chizitos, papas fritas, palitos)	1 taza tipo té (25 gr)	1 taza tipo té (25 gr)	1 taza tipo té (25 gr)	1 taza tipo té (25 gr)	1 taza tipo té (25 gr)
	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)
AGUA	2 vasos med. (200 cc)	2 vasos med (200 cc)	2 vasos med (200 cc)	2 vasos med (200 cc)	2 vasos med (200 cc)
	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos(400c)	4 vasos medianos(400c)	4 vasos medianos(400c)	4 vasos medianos (400cc)
	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos(1200)	6 vasos medianos(1200)	6 vasos medianos(1200)	6 vasos medianos (1200cc)
GASEOSAS COMUNES	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)
	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)
	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)
JUGOS COMUNES	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)
	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)
	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)
BEBIDAS ENERGIZANTES (Red Bull)	1 lata (200 cc)	1 lata (200 cc)	1 lata (200 cc)	1 lata (200 cc)	1 lata (200 cc)
	2 latas (400cc)	2 latas (400cc)	2 latas (400cc)	2 latas (400cc)	2 latas (400cc)
VINO	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)
	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)
CERVEZA	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)
	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)
TRAGOS	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)	1 vaso chico (150cc)
	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)	1 vaso mediano (200cc)

D- Actividad Física: Marque con una cruz según corresponda.

7-¿Cuántas veces por semana realiza actividad física?

- * 1 vez por semana
- * 2 veces por semana
- *3 veces por semana
- *Más de 3 veces por semana
- *Nunca

8 - ¿Qué tipo de actividad física realiza? *Puede marcar más de una opción*

- Aeróbica
- Musculación
- Deporte en Equipo ¿Cuál? _____
- Deporte individual ¿Cuál? _____

E- Autopercepción de la imagen corporal:

9- Cuestionario para detectar la autopercepción de la imagen corporal. Marca con una cruz la respuesta que tu consideres que mejor se adapta a tu situación de acuerdo al sexo.

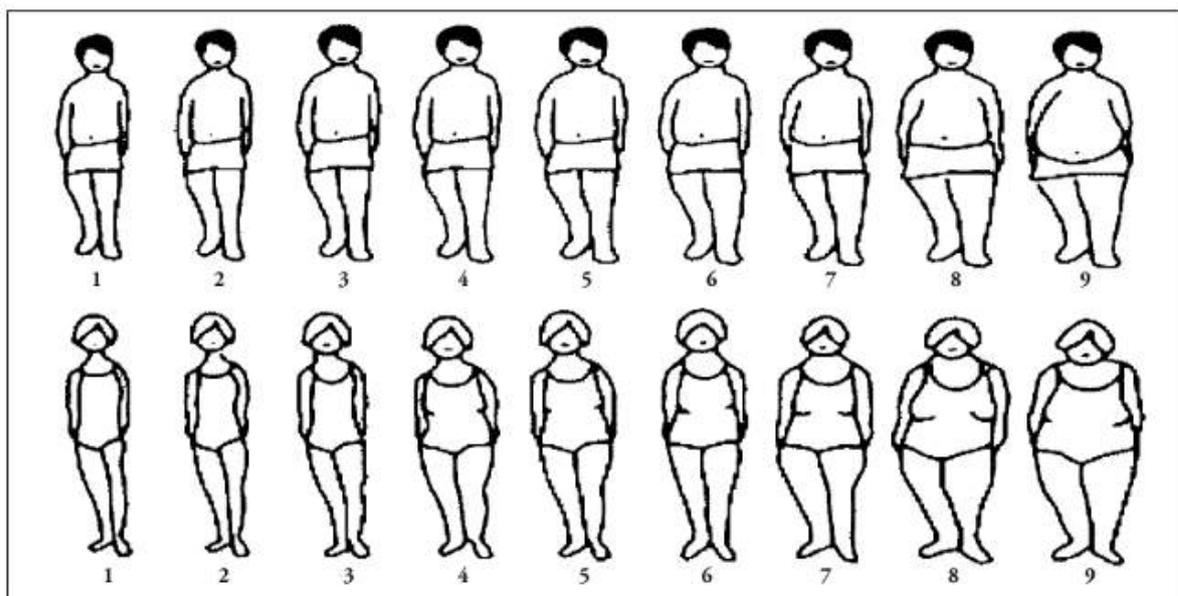


Fig. 1. Dibujos de siluetas de las que los participantes eligieron la que mejor les representa.

Fuente: Escala de las Nueve Siluetas (Stunkard, 1983).

8- Test de Autopercepción de la imagen corporal

VERSIÓN ESPAÑOLA VALIDADA DEL MBSRQ REDUCIDO Y ADAPTADO MBSRQ ® CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (VERSIÓN ESPAÑOLA) RIBAS, BOTELLA Y BENITO (2008).

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Ud.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones. Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

1 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Indiferente	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	--------------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

- 1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto
- 2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física
- 3. Para mi es importante tener mucha fuerza
- 4. Mi cuerpo es atractivo
- 5. No hago ejercicio regularmente
- 6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física
- 7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a
- 8. Me gusta mi aspecto tal y como es
- 9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo
- 10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cadauna de las partes del cuerpo que aparecen a continuación

- 1. Muy insatisfecho/a
- 2. Bastante insatisfecho/a
- 3. Punto medio
- 4. Bastante satisfecho/a
- 5. Muy satisfecho/a
- 11. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)
- 12. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)
- 13. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
- 14. Tono muscular
- 15. Peso
- 16. Aspecto general



Análisis de Datos



La información que se detalla a continuación es el resultado del análisis del trabajo de campo realizado en la población estudiada durante los meses comprendidos entre agosto y septiembre del año 2015. La muestra está comprendida por 60 adolescentes de sexo femenino, donde el rango etario oscila entre los 13 y 15 años, que concurren al Colegio Nuestra Señora de Nueva Pompeya, Instituto Divino Maestro e Instituto Secundario Argentino Danés alta Mira (ISADAM) de la localidad de Necochea.

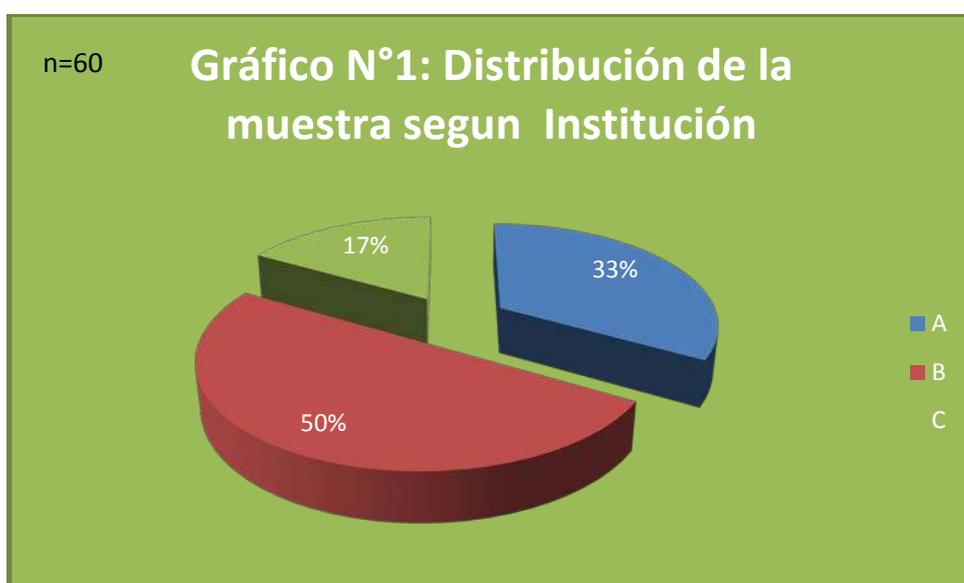
A cada individuo se le facilitó una lámina con siete modelos anatómicos para cada sexo, así poder determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) percibido.

Posteriormente se procedió a medir y pesar a cada encuestado, obteniendo a partir de estos datos su IMC real. La clasificación de la muestra se hizo de acuerdo a los valores establecidos por la OMS.

La presente investigación también indaga mediante un cuestionario referido a aspectos particulares de la adolescencia.

Por otro lado se confeccionó una lista con 35 grupos de alimentos dietéticos, para observar y determinar las elecciones alimentarias y los gustos de la población estudiada.

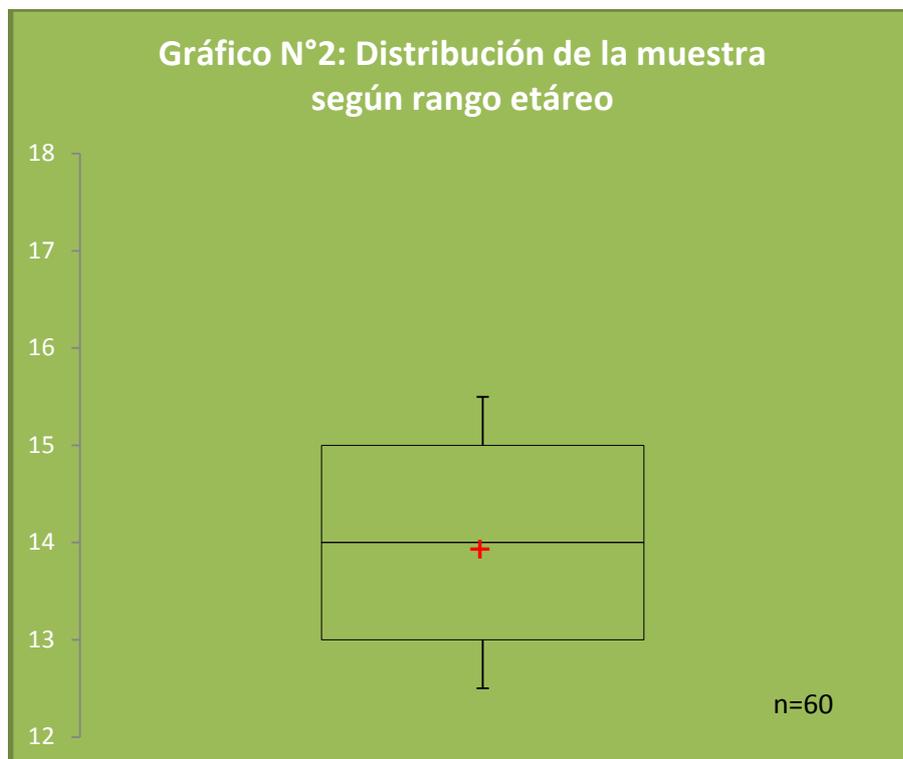
A continuación se detalla la composición por Institución de la muestra estudiada, siendo en su totalidad estudiantes de sexo femenino.



Fuente: Elaboración Propia

Se observa la mayor parte de encuestados de la muestra B siendo el 50%. La otra mitad se divide entre instituto A e instituto C, siendo del 33% y 17%, respectivamente.

A continuación, se indaga respecto de la edad de los encuestados. Los resultados obtenidos se detallan a continuación.



Fuente: Elaboración Propia

Al analizar los resultados en relación a la edad se observa una variación entre 13 y 15 años y no se registran observaciones atípicas. La edad promedio es 14,1 años con un desvío estándar de 0,8 años.

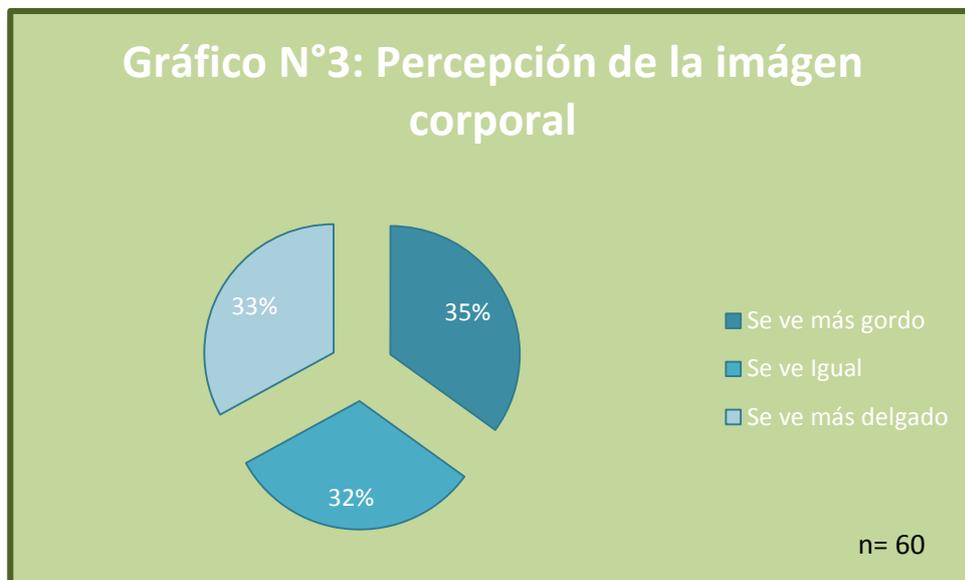
La distribución resulta simétrica con una leve inclinación hacia los 15 años.

Una vez terminada de analizar esta prevalencia, se indaga sobre la percepción de la imagen corporal. La misma fue evaluada por medio del *Test de la imagen corporal* mediante modelos anatómicos (Montero, 2004)¹.

¹Aunque la imagen corporal es cambiante y sensible a los estados de ánimo del adolescente y su ambiente físico, también se forma a partir de las experiencias que el joven tiene y de la gente a su alrededor como la familia, modelos a seguir, los medios de comunicación, y sus compañeros, quienes le dan una idea de qué es valorar su cuerpo.

En este punto es donde entra en juego el rol fundamental que tienen los padres, para fortalecer la imagen corporal de los hijos, Y esto puede hacerse de diversas maneras, poniendo atención a detalles como la forma en que se elogia al púber, el tipo de amistades que frecuentan, el tipo de comida que se les ofrece, el tipo de publicidad a la que están expuesto, etc.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación:



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el mayor porcentaje de la muestra se ve más gordo de lo que es en realidad cuando se mira al espejo, siendo este, del 35%. Solo el 32% de los encuestados se ve igual al mirarse en el espejo. No se encuentran grandes diferencias en los valores. El porcentaje mayor varía solo en un 3% con el menor. Y cabe destacar que el porcentaje de los que se ven más gordo, varía solo un 2% con los que se ven más flacos. Siendo este último grupo un 33% de los encuestados.

A continuación otra variable de interés, es el estado nutricional para la edad, la cual se evalúa, mediante datos antropométricos, peso y talla. La medición de esta variable se hizo a partir de la utilización del software Anthro plus, de aplicación mundial de la OMS, utilizado para observar y controlar el crecimiento de los niños, en edad escolar y adolescentes, comprendiendo las edades de 5 hasta 19 años, para ambos sexos.

Análisis de Datos

Los parámetros de clasificación son: menos de 18,49 bajopeso, entre 18,50 y 24,99 Peso Normal, de 25 a 29,99 Sobrepeso, entre 30 a 34,99 Obesidad leve, de 35 a 39,99 Obesidad media y por ultimo mayor o igual a 40 obesidad mórbida.

Los resultados se presentan en el siguiente gráfico:

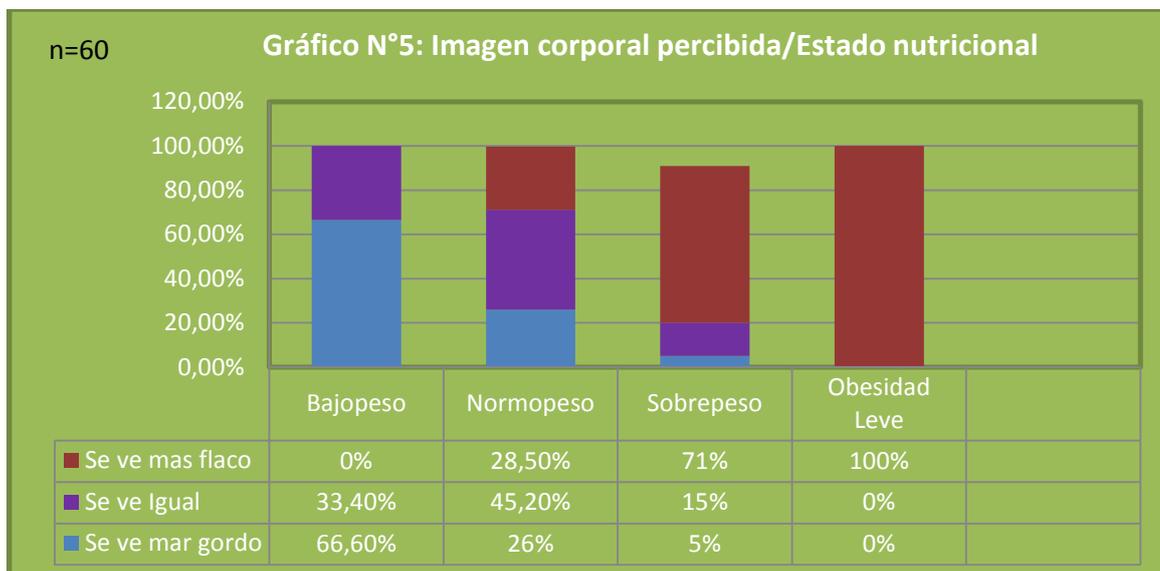


Fuente: Elaboración Propia

Se logra observar de este gráfico, que en el 55% de la muestra analizada, el estado nutricional se encuentra dentro de los valores de normalidad.

Seguidamente a esta categoría, el bajo peso representa un 20%, valor que supera a la obesidad leve, siendo el mismo de 13% y por debajo del mismo los encuestados con sobrepeso con tan solo 1% de diferencia.

En el siguiente gráfico podemos ver la imagen corporal percibida en relación al estado nutricional:



Fuente: Elaboración propia

Al realizar el cruzamiento de estas 2(dos) variables, se obtuvieron pautas muy interesantes, por un lado en aquéllas jóvenes en las cuáles el estado nutricional es normal el 45% de estos se percibe de igual manera, y el porcentaje restante se divide en igual manera entre los que se ven más gordos y los que se ven más flacos. Como se esperaba y afirmando nuestra hipótesis las personas que tienen bajopeso en un 66,6% se perciben más gordas y cabe destacar la distorsión que se genera en las personas con sobrepeso y obesidad leve, en este último caso el 100% de la muestra se ven más flacos, y de las encuestadas que poseen sobrepeso, un 71% se ven más flacos.

Al estudiar los patrones de consumo del total de la muestra, el 32% de los estudiantes Realiza las 4 (cuatro) comidas principales: desayuno, almuerzo, merienda y cena a diario.

El 76 % de la muestra saltea alguna de las comidas; esto es un patrón muy importante a tener en cuenta, ya que un hábito de alimentación desordenado y la selección de alimentos de calidad nutricional deficiente a lo largo del día, favorece el aumento de peso.

Al evaluar la frecuencia de cada una de las comidas principales por separado, se observa que el 40% realiza el desayuno diariamente, el 30% lo hace de 6 a 4 veces por semana, el 21,6% de 3 a 2 veces por semana, el 6.66% menos de 1 vez por semana y el 1.6% no realiza esta ingesta. Clark (2006) indica que los estudiantes que no desayunan o lo hacen de manera insuficiente desde el punto de vista nutricional tienen menos capacidad de aprendizaje, les cuesta más trabajo concentrarse, afectando también su entrenamiento.

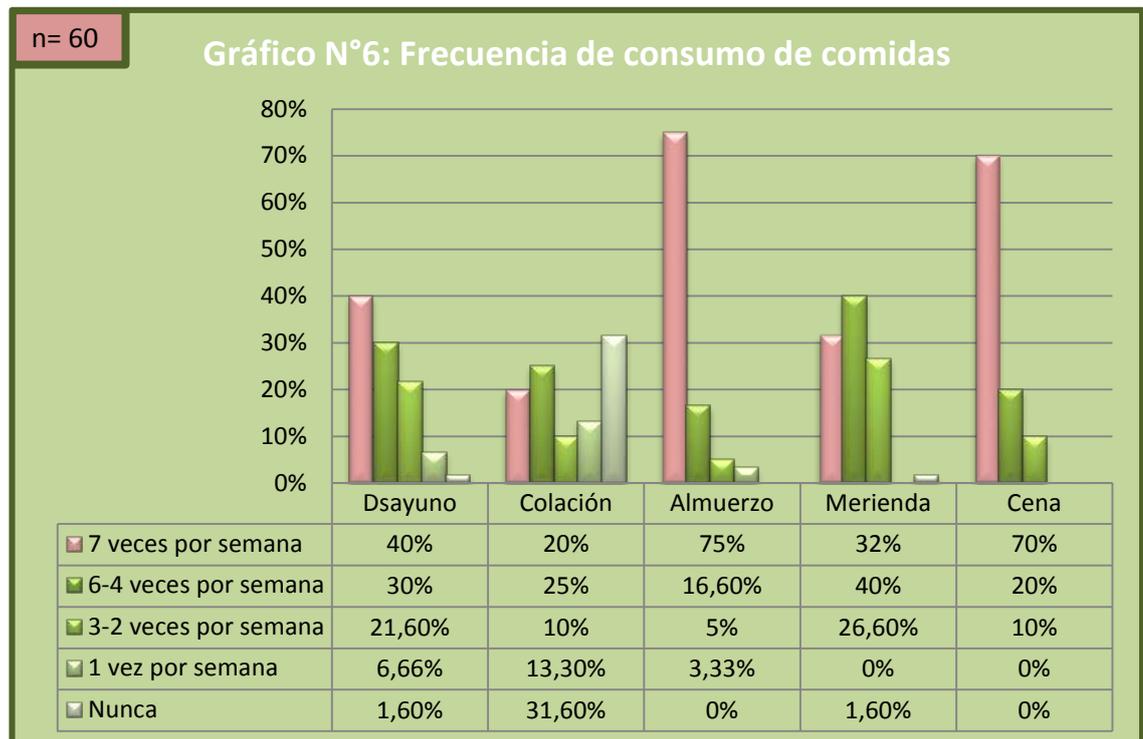
El aporte de glucosa facilita la concentración, la memoria y las habilidades intelectuales; las personas que omiten el desayuno ponen en funcionamiento una serie de

mecanismos en el organismo, como el descenso de la hormona insulina y el aumento de cortisol y catecolaminas para mantener la glucemia en valores aceptables. Estos cambios hormonales alteran o condicionan la conducta e influyen negativamente en el rendimiento físico e intelectual.

Con respecto al resto de las comidas principales, el 75% almuerza diariamente y el 70% tiene el hábito de cenar también en forma diaria. En relación a la merienda, es una de las comidas que más saltean, sólo el 32% del total de los estudiantes la realiza todos los días, el 40% lo hace de 6 a 4 veces por semana, el 26.6% de 3 a 2 veces por semana, y el 1.6% no realiza la merienda.

En cuanto a la colación, muchos estudiantes no sabían a qué se hacía referencia, luego de haberlo explicado, la mayor parte de los encuestados expreso nunca realizar colaciones, siendo este el 32% del total, el 20% la realiza diariamente, el 25% entre 6-4 veces por semana, el 10% de 3 a 2 veces por semana y el 13,3% realiza esta ingesta menos de una vez por semana.

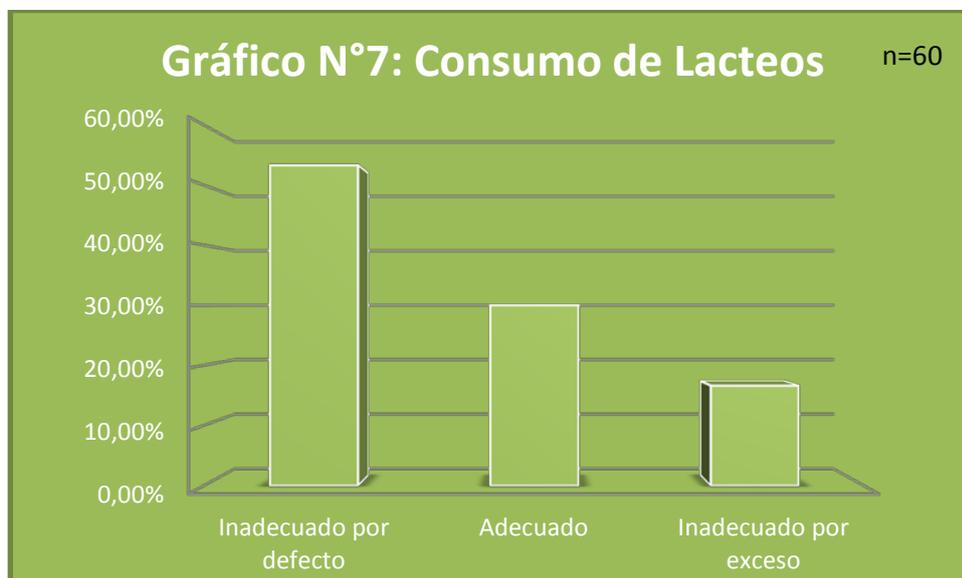
Los resultados se exponen en el siguiente gráfico:



Fuente: Elaboración propia

Seguidamente se realiza una frecuencia de consumo a las estudiantes encuestadas, indagando sobre si el consumo en relación a los alimentos era adecuado según las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina, las cuáles

recomiendan consumir 3 (tres) porciones de lácteos por día para las adolescentes, donde una porción equivale a 200cc de leche o 1 vaso, 200gr de yogurt o 1 pote, 50gr de queso fresco o semiduro, 60gr de queso untable o 15gr de queso rallado. A continuación se presentan los resultados en función de la adecuación.



Fuente: Elaboración Propia

Analizando los resultados en función de la adecuación sobre el consumo de alimentos lácteos en las adolescentes, se puede ver que negativamente un porcentaje mayoritario de la muestra tiene un consumo inadecuado por defecto de lácteos, lo cual significa que el 53% de ellas no alcanza a cubrir las 3 (tres) porciones de lácteos recomendadas al día. Asimismo se observa que solamente un 30% de las adolescentes que componen la muestra presentan un consumo adecuado de este tipo de productos.

En el siguiente cuadro podemos ver el consumo de lácteos promedio por día, respectivamente en el orden que ocuparon dentro de la frecuencia de consumo que realizaron las adolescentes el día de la encuesta.

El promedio general de consumo de lácteos es correcto, siendo de 244,78gr por día, sin embargo, la mayor parte de consumo hace referencia al yogurt y la leche fluida, dejando por debajo a los demás lácteos.

El alimento que menos se consume es la leche en polvo descremada.

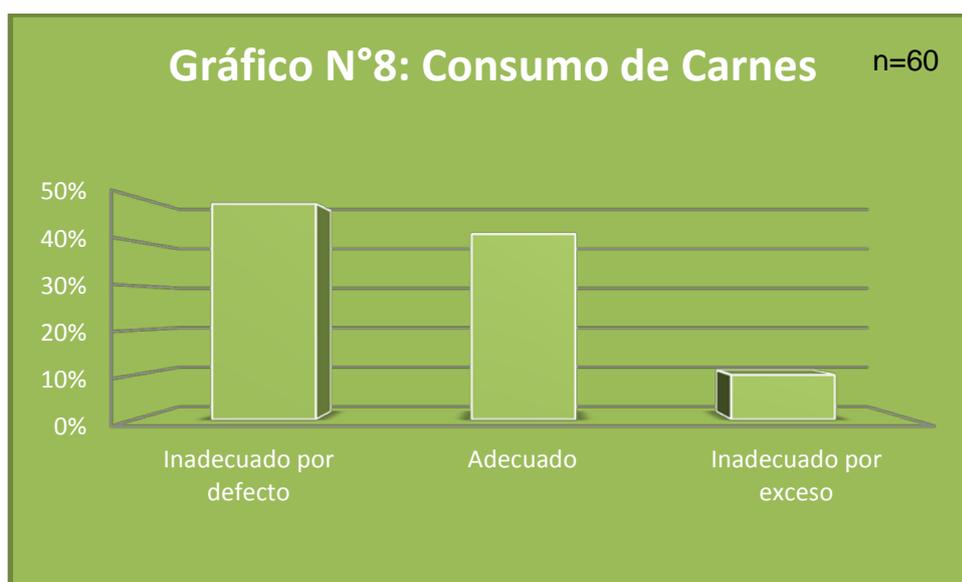
Cabe destacar que ninguno de los lácteos en promedio es consumido de manera adecuada, todos se encuentran por debajo de la adecuación diaria en adolescentes, ya mencionada anteriormente.

Cuadro N°1: Promedio de Consumo de lácteos por día

Promedio Consumo de Lácteos x día	
Producto	g/cc
Leche fluida Descremada	109,64
Leche polvo Descremada	0,06
Yogur Descremado	98,99
Queso Untable Descremado	6,45
Queso port Salud	29,64
TOTAL GENERAL	244,78

Fuente: Elaboración propia

Analizando los datos arrojados por las encuestas, se observa que casi la mitad de las estudiantes no cubren las recomendaciones de fuentes proteicas como son la carne vacuna, pollo, pescado y huevo, siendo esta recomendación de una porción diaria mediana de alguno de los tres tipos de carnes. Solo el 41,6% de las adolescentes tiene un consumo adecuado.



Fuente: Elaboración Propia

En un 10% puede verse que se exceden, lo cual puede no ser lo ideal dado que si no son carnes muy magras, se estaría consumiendo grasas saturadas en forma excesiva, así también como más proteínas de las aconsejadas. Las encuestas también

muestran que dentro del grupo de alimentos “carnes” las variedades más consumidas son en primer lugar la carne de pollo, seguida por la vacuna, y por último la de pescado, esta última, debe resaltarse, que se consume en cantidades casi mínimas a nulas, en promedio aproximadamente 1 (una) o 2 (dos) veces al mes.

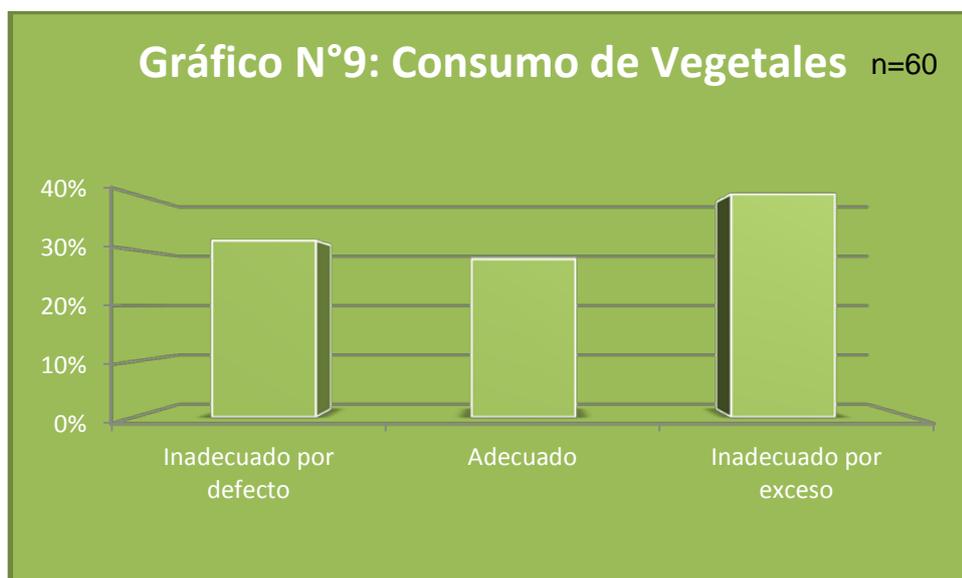
El consumo de huevo en promedio llega a la adecuación de una porción diaria, siendo el consumo de 33 gr por día, pero cabe destacar que hay adolescentes que no contienen dicho alimento en su alimentación.

Cuadro N°2: Promedio de Consumo de fuentes proteicas por día

Promedio Consumo de fuentes proteicas x día	
Producto	gr/cc
Huevo Entero	32,8
Carne/Hígado	15,21
Pollo	77,1
Pescado	59,63
TOTAL GENERAL	184,74

Fuente: Elaboración Propia

Al comparar el patrón de consumo con las recomendaciones alimentarias argentinas que sugieren consumir 1 (un) plato de verduras crudas y 1 (un) plato de cocidas, se observa que sólo un 28% consume más de 3 (tres) porciones al día. El porcentaje más alto está representado por los que consumen en exceso el grupo de alimentos “vegetales”. Y, si bien hoy en día, encontramos una tendencia fuerte hacia la alimentación saludable, se puede observar que el vegetal más consumido es la papa, con lo cuál se estaría consumiendo una gran cantidad de almidón.

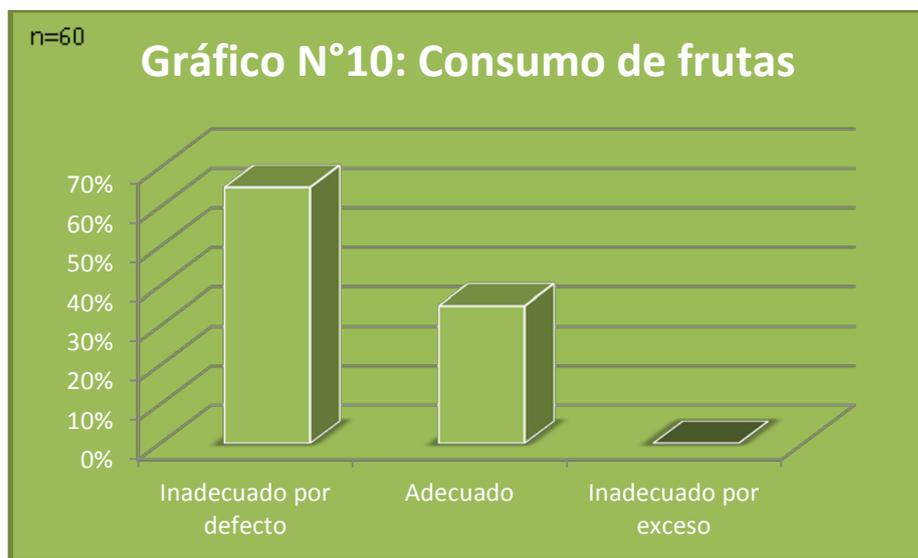


Fuente: Elaboración Propia

El 30% de las adolescentes no llega a cubrir las recomendaciones adecuadas de este grupo de alimentos.

En el gráfico siguiente podemos ver como es el comportamiento respecto al grupo de alimentos "frutas", el cual también se encuentran por debajo de los estándares recomendados, solo un 35% los cumple. Según este estudio, en promedio se consume una unidad pequeña de fruta al día.

Podemos decir que no hay un consumo habitual de este grupo de alimentos, lo cual se ve reflejado en el gráfico, siendo el mayor porcentaje, los que no lo consumen adecuadamente



Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico podemos ver el consumo de líquidos, incluyendo agua potable, gaseosas light y jugos light.



Fuente: Elaboración Propia

Análisis de Datos

Solo un 3% de las adolescentes, llega a cumplir con la recomendación diaria de líquidos propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

El restante de las adolescentes se encuentra por debajo del consumo de los 2.000 ml al día.

Cuadro N°3: Consumo de Agua Potable.

Agua Potable	
Consumo Mínimo	200cc
Consumo Máximo	1200cc
Consumo Promedio	805.1cc

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados.

El consumo diario mínimo de agua es de 200 centímetros cúbicos, el máximo es de 1200 centímetros cúbicos y el promedio de 805,1 centímetros cúbicos.

Cuadro N°4: Consumo de Gaseosas Light.

Gaseosas Light	
Consumo Mínimo	0cc
Consumo Máximo	400cc
Consumo Promedio	160cc

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados.

El consumo diario mínimo de gaseosas light es de 0 centímetros cúbicos, un gran porcentaje de encuestadas no consumen gaseosas light, el máximo es de 400 centímetros cúbicos y el promedio de 160 centímetros cúbicos.

Cuadro N°5: Consumo de Jugos Light.

Jugos Light	
Consumo Mínimo	200cc
Consumo Máximo	1200cc
Consumo Promedio	216.67cc

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados.

El consumo diario mínimo de jugos light es de 200 centímetros cúbicos, el máximo es de 1200 centímetros cúbicos y el promedio de 216.67 centímetros cúbicos.

Al considerar la actividad física, los datos arrojados fueron:

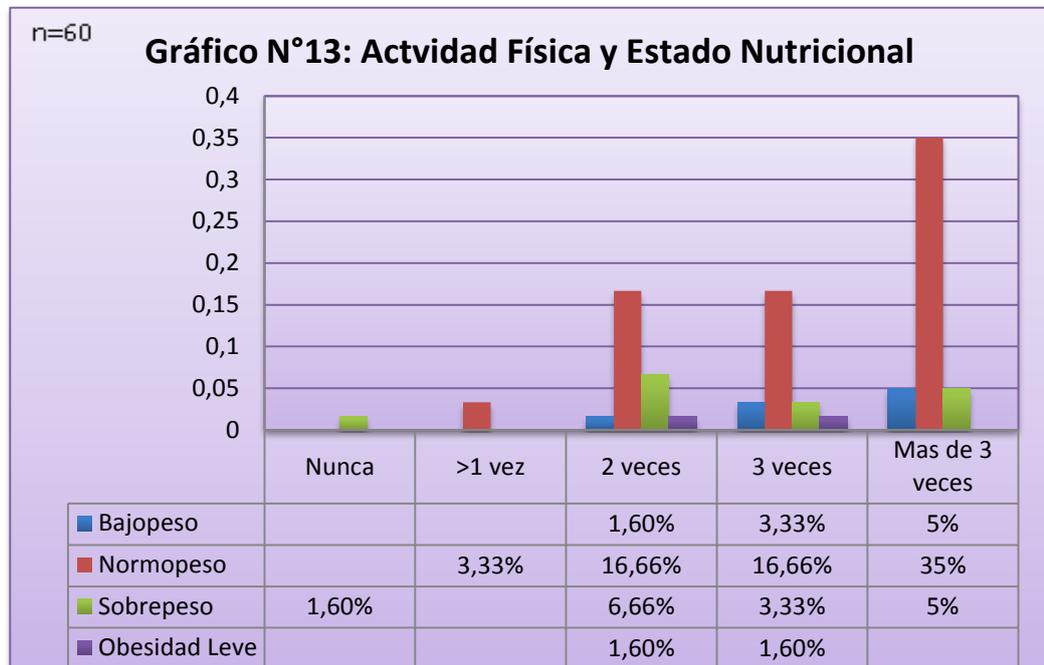


Fuente: Elaboración Propia

En general los entrevistados admiten realizar algún tipo de actividad física semanalmente. Casi un 50% de los estudiantes hace ejercicio más de tres veces por semana, mientras solo un 3.33% dice no realizar ningún tipo de actividad física. Esto pareciera mostrar un patrón de conciencia respecto a la necesidad y beneficios que implica realizar actividad física de forma frecuente.

Dentro de las 4 (cuatro) clasificaciones en las que se agrupan las distintas disciplinas de ejercicio físico, las que más prevalecen en función de los resultados obtenidos son las aeróbicas y los deportes en equipos, siendo ambas de un 36,6%. En los deportes en equipo se destacaron el voleyball y el handball. Luego con un 25% se encuentran los ejercicios de musculación, y en último lugar los deportes individuales, entre ellos, equitación, surf, atletismo, taeko y por último tela.

En el siguiente gráfico podemos observar la relación entre la actividad física y el estado nutricional.



Fuente: Elaboración Propia

Podemos observar claramente que las estudiantes con normopeso son los que realizan actividad física con mayor frecuencia, siendo un 35% los que realizan actividad más de 3 (tres) veces por semana, y por el contrario el porcentaje es nulo cuando observamos la frecuencia que nunca realiza actividad.

En las estudiantes con sobrepeso, es donde se observa la mayor fluctuación en lo que respecta a la actividad física, habiendo adolescentes que nunca realizan actividad física y un porcentaje apenas mayor que la realiza más de 3 (tres) veces por semana.

En general podemos ver que la actividad física hoy en día, es un aspecto importante en las elecciones de los adolescentes, sin tener en cuenta el estado nutricional. Solo 1.6% no realiza ningún tipo de actividad física.

Imágen N°2: Estado Nutricional y Actividad Física



Fuente: Elaboración propia

Para el estudio de la evaluación psicométrica de la imagen corporal se utilizó como instrumento de análisis el MBSRQ (Adaptado Multidimensional Body Self Relations Questionnaire: Cash, 1990).² En lo que respecta a este test, según la información que se cita en el manual de usuario, se trata de un inventario autoadministrado de 16 ítems que evalúa los aspectos actitudinales respecto al constructo “Imagen Corporal”. Estos aspectos incluyen componentes evaluativos, cognitivos y conductuales. Los ítems que lo conforman pueden agruparse en cuatro factores distintos. El primer factor corresponde a la “Importancia subjetiva de la corporalidad” (ISC). El análisis de los ítems que caracterizan este factor parecen indicar que se trata de un factor general que combina la preocupación por el aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo

² La insatisfacción con el cuerpo puede deberse a la búsqueda de ganancias socialmente deseables, tales como la de utilizar la belleza como estrategia para conseguir aceptación social, obtener trabajo, evitar conflictos étnicos, y mejorar las relaciones de pareja, entre otras. También puede estar incentivada por motivaciones internas tales como la modificación de imperfecciones o deformidades, la búsqueda de resolución en crisis de edad o cambios vitales (divorcios, abandono o muerte del cónyuge), preocupación e insatisfacción marcada o excesiva referente a uno o más aspectos de la apariencia física por elementos o cambios normales en el cuerpo.

autoevaluado de las diferentes áreas corporales. El segundo factor en estudio se compone de los ítems que se identifican como “conductas orientadas a mantener la forma física” (COMF). El tercer factor corresponde a los ítems que mejor describen “atractivo físico autoevaluado” (AFA). Por último, el cuarto factor está integrado por aquellos ítems que se relacionan con el “cuidado del aspecto físico” (CAF).

El análisis de los resultados se realizó mediante una escala de Liker de 5 (cinco) categorías que va desde el “Totalmente en desacuerdo” (1) hasta el “Muy de acuerdo” (5).

Según los resultados que surgen a partir de este test, se pudo observar que los promedios obtenidos por cada uno de los factores fueron:

Cuadro N°6. Promedios generales para cada factor

Factor	ISC	COMF	AFA	CAF	TOTAL
Promedio	3.43	3.21	2.95	3.95	3.423

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse, ninguno de los 4 (cuatro) factores llega al promedio 4, esto puede leerse como que todos los factores se encuentra en valores intermedios entre la “indiferencia”, correspondiente al valor 3, y el “bastante de acuerdo”, aplicable al valor 4.

En el siguiente cuadro se puede divisar como son los promedios de los factores en los cuáles se divide el instrumento utilizado, según la percepción de cada estudiante.

Cuadro N°7. Promedios de los factores según percepción percibida

	ISC	COMF	AFA	CAF
Se ve más Gordo	3.45	3.15	2.92	3.95
Se ve Igual	3.43	3.28	3.02	3.98
Se ve más Flaco	3.38	3.17	2.80	3.80

Fuente: Elaboración propia

Como se puede advertir, no existe casi diferencia entre las percepciones corporales percibidas, por lo cual se puede decir que la percepción de la imagen corporal de los estudiantes es en general la misma sin importar la distorsión de la imagen.

A continuación analizamos los ítems del test que hacen mayor referencia, a la relación de la percepción de la imagen corporal percibida.

En este caso analizamos la satisfacción del peso corporal, evaluada del 1 al 5, y obtenemos un promedio del resultado.

Cuadro N°8: Promedio del grado de satisfacción del peso corporal según la imagen imágen corporal percibida.

Percepción	Satisfacción del peso promedio
Se ve más Gordo	2,93
Se ve Igual	2,72
Se ve más flaco	2,45

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro podemos observar, que el promedio se encuentra entre 2, “bastante en desacuerdo” y 3, “indiferente”. Esto refleja, que sin importar la percepción de la imágen corporal percibida, las adolescentes no están de acuerdo con su peso corporal o les es indiferente.

Sin embargo cuando preguntamos “Me preocupa constantemente llegar a estar gordo”, la preocupación aumento en forma notable, cerca del 50% de las adolescentes indicaron 5 puntos en esta respuesta, lo cual indica que están totalmente de acuerdo, y un 22% indicó grado de satisfacción 4, es decir, “bastante de acuerdo”

A continuación expresamos los resultados en el siguiente gráfico:



Fuente: Elaboración Propia

Es importante dejar constancia de que no toda insatisfacción corporal representa un trastorno. Los cambios corporales de la pubertad suelen llevar asociados una imágen corporal negativa y distorsionada; observándose que conductas de restricción de la

alimentación, insatisfacción corporal e ideas de peso deseado por debajo del real son factores frecuentes en la mayoría de la población adolescente (Luna, 2001).³

Comparando el resultado del IMC percibido con IMC real, podemos ver la distorsión de la imagen de las estudiantes encuestadas. Este resultado fue comparado con la misma pregunta del test MBSRQ (Adaptado Multidimensional Body Self Relations Questionnaire: Cash, 1990), “Me preocupa contantemente llegar a estar gordo”, y encontramos los siguientes resultados expresados en el cuadro.

Grafico N° 9: Percepción de la Imágen Corporal percibida y la preocupación por llegar a estar gordo:

Percepción de IC	Me preocupa llegar a estar gordo
Se ve más Gordo	3,56
Se ve Igual	3,54
Se ve más flaco	4,4

Fuente: Elaboración Propia

Podemos ver que las estudiantes que se ven más flacas en su percepción son las que más se preocupan por llegar a estar gordas, siendo el resultado entre 4 y 5.

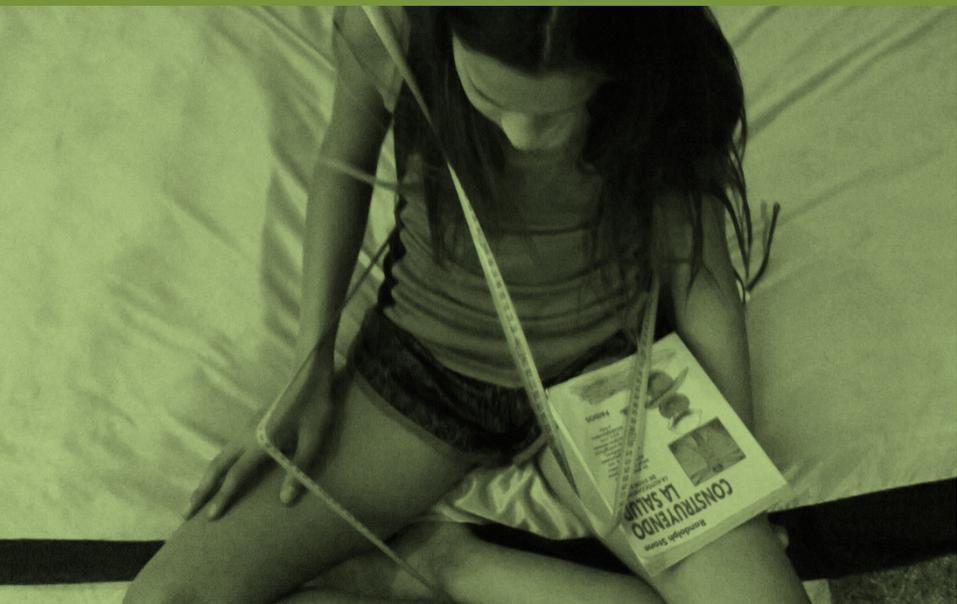
Por otro lado, podemos ver que las adolescentes que se ven igual o más gordas, los resultados son similares, oscilan entre 3 y 4, es decir, indiferentes y bastante de acuerdo.

Es claro que las adolescentes que se ven más delgadas, no tienen un registro de su propio cuerpo, por lo tanto les preocupa en mayor medida llegar a estar en un peso corporal mayor, del que perciben, el cual ya es menor al real.

³ Las emociones, la cognición y el comportamiento tienen una relación con la cultura y los procesos de adaptación al ambiente, pero no se puede soslayar la importancia del tinte negativo en la percepción del propio cuerpo con eje transversal de esta relación.



Conclusiones



Conclusión

En este estudio se analiza el comportamiento de distintas variables sobre una muestra de 60 alumnas de segundo año de escuela secundaria.

Respecto al sexo el cien por ciento de la población era femenina. En cuanto al rango etario, osciló entre los 13 y 15 años y la mayor prevalencia se encontró en los 15 años.

Esta investigación ha tratado de encontrar algún tipo de relación entre la valoración de la imagen corporal y el estado nutricional en las adolescentes e indagar si el consumo de productos dietéticos puede influir en estas variables mencionadas.

En la recolección de datos, utilizamos diferentes métodos, para la percepción de imagen corporal se utilizó un test de modelos anatómicos y un test para analizar la satisfacción corporal. Para la elección de productos dietéticos se confeccionó una lista con 32 grupos de alimentos. Respecto al estado nutricional, se realizaron mediciones de peso y talla y en base a estos datos se evaluó el índice de masa corporal (IMC).

En cuanto a la percepción de la imagen, el mayor porcentaje de la muestra 35% se ve más gordo de lo que es en realidad cuando se mira al espejo. El 32% de los encuestados se ve igual al mirarse al espejo, por lo cual no aparecen grandes diferencias en los valores. El porcentaje mayor varía solo en un 3% con el menor. Y, cabe destacar que el porcentaje de los que se ven más gordos, varía solo un 2% con respecto a los que se ven más flacos, representando este último grupo un 33% de los encuestados.

El estado nutricional de la muestra ha sido evaluado mediante el software de la OMS AntrhoPlus, el cual brinda los siguientes datos, el 55% se encuentra dentro de los percentiles de normalidad para la edad el 13% en la obesidad leve, y un 20% en el bajo peso, el resto de la población – 12% - se encuentra en sobrepeso.

Al realizar el cruzamiento de estas dos variables, se obtuvieron constataciones interesantes: en las jóvenes cuyo estado nutricional es normal, el 45% de ellas se percibe de igual manera, y el porcentaje restante – 55% - se divide en porcentajes similares entre las que se ven más gordas y los que se ven más flacas en comparación con su estado nutricional. Como se esperaba según nuestra hipótesis las personas con diagnóstico de bajo peso en un 66,6% se perciben más gordas. Cabe destacar: las personas con obesidad leve, el 100% de la muestra se ve “más flaca”. También en las encuestadas que poseen sobrepeso, un 71% se ven “más flaca”. Estos últimos porcentajes, hablan de una marcada distorsión (100% y 71%), y un desconocimiento de su propio cuerpo.

La segunda etapa de esta investigación se basó en el cuestionario de un test con preguntas de como: “mi cuerpo es atractivo”, “me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a”, “me gusta mi aspecto tal y como es”, “compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo”, se incluían también frases sobre la satisfacción respecto a las distintas partes del cuerpo.

Conclusión

Pudo observarse, que ninguno de los 4 (cuatro) factores llega al promedio 4, es decir, todos los factores se encuentran en valores intermedios entre la “indiferencia”, correspondiente al valor 3, y el “bastante de acuerdo”, aplicable al valor 4.

Al cruzar las variables de la “satisfacción con respecto al peso” e “imagen corporal percibida” nos encontramos que sin importar la percepción de la imagen corporal percibida, las adolescentes no están de acuerdo con su peso o le es indiferente.

Sin embargo cuando interrogamos “Me preocupa constantemente llegar a estar gordo”, el aumento fue notable, cerca del 50% de las adolescentes indicaron 5 puntos en esta respuesta, lo cual indica que están totalmente de acuerdo, y un 22% indicó grado de satisfacción 4, lo que representa estar “bastante de acuerdo”.

La percepción de la Imagen Corporal percibida y la preocupación por llegar a estar gordo fueron otras de las variables que relacionamos. Aquí se encuentra que las estudiantes que se ven “más flacas”, son las que más se preocupan por llegar a estar “gordas”, siendo el resultado entre 4 y 5.

Estos resultados sugieren que las adolescentes que se ven “más flacas”, no tienen un registro adecuado o real de su propio cuerpo, por esto les preocupa en mayor medida llegar a estar en un peso corporal superior, el cual ya es menor al real.

Por otro lado, en las adolescentes que se ven “igual” o “más gordas”, los resultados son similares, oscilan entre 3 y 4, es decir, indiferentes y bastante de acuerdo.

Como parte de la educación nutricional, se consideró importante conocer la frecuencia con que realizan las diferentes ingestas del día.

Al evaluar la frecuencia de cada una de las comidas principales por separado, se observa que el 40% realiza el desayuno diariamente, el 30% lo hace de 6 a 4 veces por semana, el 21,6% de 3 a 2 veces por semana, el 6,66% menos de 1 vez por semana y el 1,6% no realiza esta ingesta.

Con respecto al resto de las comidas principales, el 75% almuerza diariamente y el 70% tiene el hábito de cenar también en forma diaria. En relación a la merienda, es una de las comidas que más saltan, sólo el 32% del total de los estudiantes la realiza todos los días, el 40% lo hace de 6 a 4 veces por semana, el 26,6% de 3 a 2 veces por semana, y el 1,6% no realiza la misma.

En cuanto a la colación, muchos estudiantes no sabían a qué se hacía referencia, luego de haberlo explicado, la mayor parte de los encuestados – el 32% - expresó nunca realizar colaciones, el 20% la realiza diariamente, el 25% entre 6-4 veces por semana, el 10% de 3 a 2 veces por semana y el 13,3% realiza esta ingesta menos de una vez a la semana.

Conclusión

Para reconfirmar esta pregunta, se realizó una encuesta basada en 32 grupos de alimentos con sus distintas variables, y la consigna asignada fue: “con qué frecuencia consumís los siguientes alimentos”, haciendo referencia solo a alimentos dietéticos.

En lo que respecta a lácteos y quesos, un porcentaje mayoritario de la muestra tiene un consumo inadecuado por defecto de lácteos: el 53% de ellas no alcanza a cubrir las 3 (tres) porciones de lácteos recomendadas al día. Asimismo se observó que solamente un 30% de las adolescentes que componen la muestra presentan un consumo adecuado de este tipo de productos alimenticios.

Aproximadamente la mitad de las estudiantes no cubren las recomendaciones de fuentes proteicas como son la carne vacuna, pollo, pescado y huevo, siendo esta recomendación de una porción diaria mediana de alguno de los tres tipos de carnes. Solo el 41,6% de las adolescentes tiene un consumo adecuado.

Al comparar el patrón de consumo con las recomendaciones alimentarias argentinas que sugieren consumir 1 plato de verduras crudas y 1 de cocidas, podemos notar que solo un 28% consume más de 3 (tres) porciones por día. El porcentaje más alto está representado por los que consumen en exceso vegetales.

Con respecto al grupo “frutas” por día no se evidencia un consumo frecuente de este alimento, solo un 30% las consume en cantidades adecuadas, siendo el mayor porcentaje, los que no las consumen adecuadamente.

Con respecto al consumo de mermeladas light, edulcorantes y barras de cereal, no representan los más elegidos por las adolescentes, dichos datos serían un punto de partida interesante para estudiar.

En relación al consumo de líquidos e infusiones, solo el 3% de las adolescentes cubre la ingesta diaria recomendada por la OMS. Dado que en el cuestionario se ofreció la opción de agua potable, gaseosa light y jugos light, la ingesta de líquidos podría estar cubierta con bebidas azucaradas.

Para ahondar y finalizar esta tesis indagamos sobre la realización de actividad física. Hallamos que en general los entrevistados admiten realizar algún tipo de actividad física semanalmente. Casi un 50% de las estudiantes realiza actividad física más de 3 (tres) veces por semana, mientras solo un 3.33% dice no realizar ningún tipo de actividad física. Esto parece mostrar un patrón de conciencia respecto a la necesidad y beneficios que implica realizar actividad física de forma programada e intencionada.

Al cruzar la variable “actividad física” con “estado nutricional”, los datos arrojaron que las estudiantes con normopeso, son las que realiza actividad física con mayor frecuencia.

Al analizar las distintas variables por separado se obtienen porcentajes que podrían ser relevantes para este estudio, pero al relacionar varias de ellas, no se observaron diferencias significativas.

Conclusión

Por lo tanto, en esta población las elecciones alimentarias no estarían condicionadas por las variables “percepción de la imagen corporal” y “estado nutricional”.

Por otro lado es fundamental apuntar a la educación nutricional en las instituciones de educación formal desde edades tempranas, como también revalorizar el rol del nutricionista en un grupo etáreo como el de los adolescentes.

La investigación realizada nos sugiere la oportunidad de otros estudios como:

- * Ampliar la muestra indagada y realizar un estudio multicentrico.

- * Realizar estudios referidos a la temática en otras Instituciones educativas y observando diferentes sectores socioeconómicos de la comunidad.

- * Analizar el rol del nutricionista dentro del ámbito de publicidad y mercadeo.

- *Estudiar el marketing de alimentos y bebidas con baja calidad nutricional y la aparición de enfermedades como el sobrepeso y la obesidad infanto/juvenil.

- *Evaluar si los alimentos que se promocionan en horarios de protección infantil son poco saludables.

“Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta” Aristóteles



Bibliografía



- Acosta. (2003). *Valoracion del estado nutricion en pediatria integral*.
- ANABE. (2004). El agua mineral natural en la infancia. *Instituto de investigacion agua y salud*.
- Aranceta. (2006). *Nutricion Pediatrica*. 303.
- Baranowski, T. (2001). Family and child-care provider influences on preschool children's. *Nut revist*, 224.
- Block, G. (1990). A reduced dietar questinnarie: Development and validation. *Epidemiology*, 58-64.
- Cáceres, J. (s.f.). *Incidencia de la reocupacion por la imagen corporal*. Obtenido de eleccionesalimentariasdelosjovenes:
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27165177.pdf>
- Castañola, J. (2004). Patron de ingesta de vegetales y frutas en adolescentes en el area metropolitana de Buenos Aires. *Arch.argent.pediatric*, 102.
- Centro Nacional de Estadsticas de la Salud . (16 de Octubre de 2000). Obtenido de <http://www.cdc.gov/growthcartes>
- Comite de Expertos de la OMS sobre el estado fisico. El estado fisico: uso e interpretaci3n de la antropometria. (1995). *Organizaci3n Mundial de la Salud*, 854.
- Espeitx, E. (Julio-Diciembre de 2006). "Practica deportiva,alimentacion y construccion del cuerpo". *Revista de Dialectologia y tradiciones populares*, 79-89.
- Espinoza. (2011). Habitos de alimentacion y actividad fisica en adolescentes. *Revista chilena Nutricion*, 36.
- Giner. (22 de enero de 2008). *Alimentacion del Adolescente*. Obtenido de <http://www.aeped.es>
- Girolami. (2003). *Fundamentos de Valoracion Nutricional y composicion corporal*. El Ateneo.
- Girolami. (2003). *Fundamentos de Valoraci3n nutricional y Composicion Corporal*. Capitulo 1. El Ateneo.
- Gomez. (2007). *Nutricion del Adolescente*. Madrid: Editec (en prensa).
- Hodgson, I. (s.f.). *Evaluaci3n Nutricional y Riesgos Nutricionales*. (Pontifica Universidad Catolica de Chile) Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl>

- Lejarraga. (2001). *Guías para la evaluación del crecimiento*. Argentina: Sap, 2da Edición.
- Lestingi. (2004). Pautas de Alimentación en el niño preescolar, escolar y adolescente. *Nutrición Pediátrica, 1ra Edición*, 155.
- Luna, I. (2001). Mujer, Belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30,38.
- Majem, S. (2006). Nutrición y salud pública. *Metodos, bases científicas y aplicaciones, 2da Edición*, 303.
- Milland, N. (2006). *Nutrición Deportiva. Ediciones universitarias del Vialparaiso, Chile*.
Obtenido de <http://es.wikipedia.org>
- Montero. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 107-116.
- Olivares, S. (2008). *Intervenciones educativas en alimentación y nutrición*. Obtenido de <http://www.rlc.fao.org/es/nutricion/guiamuni/pdf/CAP6>
- Pineda. (1994). *Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de la salud, 2da Edición*. USA.
- Puntis, J. (1997). Adolescent Nutrition. *Handbook of Chile Nutrition 2da Edition*. Oxford University.
- Rohde. (1999). Vitamin A antagonizes the action of vitamin D. 129:26-50.
- Ruano, I. (1997). "Hábitos de vida en una población escolar de Mataró Barcelona asociados al número de veces diarios que ve televisión y el consumo de azúcares". *Rev. Esp. Salud Pública*.
- Sabate. (1991). *Estimulación de la ingesta dietética: Metodos y desafíos*. California, EEUU.
- Seoane. (2004). Un péptido regulador de la ingesta. *Revista Española de Obesidad*, 31-41.
- Sernac. (24 de Enero de 2008). *Alimentación de adolescentes: información y orientación para un consumo saludable*. Obtenido de <http://www.sernac.cl>
- SERNAC. (24 de enero de 2008). *Alimentación de adolescentes: información y orientación para un consumo saludable*. Obtenido de <http://www.sernac.cl>
- Stunkard. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Genetics of neurologic and psychiatric disorders*, 115.

- Weaver, C. (2000). The growing years and prevention of osteoporosis in later life. *Proceedings of the Nutrition Society*, 303-306.
- Acosta. (2003). *Valoracion del estado nutricion en pediatria integral*.
- ANABE. (2004). El agua mineral natural en la infancia. *Instituto de investigacion agua y salud*.
- Aranceta. (2006). *Nutricion Pediatrica*. 303.
- Baranowski, T. (2001). Family and child-care provider influences on preschool children's. *Nut revist*, 224.
- Block, G. (1990). A reduced dietar questinnarie: Development and validation. *Epidemiology*, 58-64.
- Cáceres, J. (s.f.). *Incidencia de la reocupacion por la imagen corporal*. Obtenido de eleccionesalimentariasdelosjovenes:
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27165177.pdf>
- Castañola, J. (2004). Patron de ingesta de vegetales y frutas en adolescentes en el area metropolitana de Buenos Aires. *Arch.argent.pediatric*, 102.
- Centro Nacional de Estadsticas de la Salud* . (16 de Octubre de 2000). Obtenido de <http://www.cdc.gov/growthcartes>
- Comite de Expertos de la OMS sobre el estado fisico. El estado fisico: uso e interpretación de la antropometria. (1995). *Organización Mundial de la Salud*, 854.
- Espeitx, E. (Julio-Diciembre de 2006). "Practica deportiva,alimentacion y construccion del cuerpo". *Revista de Dialectologia y tradiciones populares*, 79-89.
- Espinoza. (2011). Habitos de alimentacion y actividad fisica en adolescentes. *Revista chilena Nutricion*, 36.
- Giner. (22 de enero de 2008). *Alimentacion del Adolescente*. Obtenido de <http://www.aeped.es>
- Girolami. (2003). *Fundamentos de Valoracion Nutricional y composicion corporal*. El Ateneo.
- Girolami. (2003). *Fundamentos de Valoración nutricional y Composicion Corporal. Capitulo 1*. El Ateneo.

- Gomez. (2007). *Nutricion del Adolescente*. Madrid: Editec (en prensa).
- Hodgson, I. (s.f.). *Evaluación Nutricional y Riesgos Nutricionales*. (Pontifica Universidad Catolica de Chile) Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl>
- Lejarraga. (2001). *Guías para la evaluación del crecimiento*. Argentina: Sap, 2da Edicion.
- Lestingi. (2004). Pautas de Alimentación en el niño preescolar, escolar y adolescente. *Nutrición Pediátrica, 1ra Edición*, 155.
- Luna, I. (2001). Mujer, Belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30,38.
- Majem, S. (2006). Nutricion y salud publica. *Metodos, bases científicas y aplicaciones, 2da Edicion*, 303.
- Milland, N. (2006). *Nutrición Deportiva. Ediciones universitarias del Vialparaiso, Chile*. Obtenido de <http://es.wikipedia.org>
- Montero. (2004). Valoracion de la percepcion de la imagen corporal mediante modelos anatomicos. *Antropo*, 107-116.
- Olivares, S. (2008). *Intervenciones educativas en alimentacion y nutricion*. Obtenido de <http://www.rlc.fao.org/es/nutricion/guiamuni/pdf/CAP6>
- Pineda. (1994). *Metodologia de la investigacion, Manual para el desarrollo de la salud, 2da Edicion*. USA.
- Puntis, J. (1997). Adolescent Nutrition. *Handbook of Chile Nutrition 2da Edition*. Oxford University.
- Rohde. (1999). Vitamin A antagonizes the action of vitamin D. 129:26-50.
- Ruano, I. (1997). "Habitos de vida en una poblacion escolar de Mataro Barcelona asociados al número de veces diarios que ve television y el consumo de azucares". *Rev. Esp. Salud Publica*.
- Sabate. (1991). *Estimulacion de la ingesta dietetica: Metodos y desafios*. Californi, EEUU.
- Seoane. (2004). Un péptido regulador de la ingesta. *Revista Española de Obesidad*, 31-41.
- Sernac. (24 de Enero de 2008). *Alimentacion de adolescentes: informacion y orientacion para un consumo saludable*. Obtenido de <http://www.sernac.cl>

- SERNAC. (24 de enero de 2008). *Alimentacion de adolescentes: informacion y orientacion para un consumo saludable*. Obtenido de <http://www.sernac.cl>
- Stunkard. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Genetics of neurologic and phychictric disordens.* , 115.
- Weaver, C. (2000). The growing years and prevention of osteoporosis in later life. *Proceedings of the Nutrition Society*, 303-306.

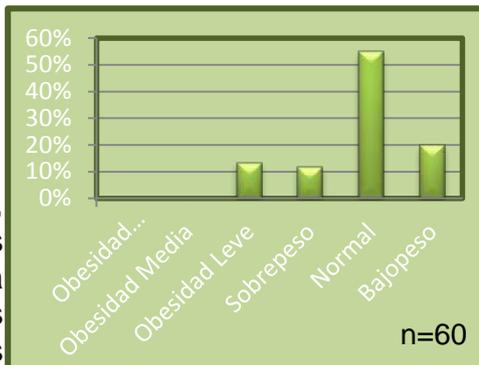
Objetivo: Determinar la autopercepción de la imagen corporal, el estado nutricional y el consumo de productos dietéticos de la población beneficiada.

Material y métodos: Esta investigación, según análisis y alcances de los resultados, es de tipo exploratorio, descriptivo ya que busca determinar el estado nutricional de los adolescentes en relación a las características de la alimentación que éstos realizan, y otros aspectos relacionados, como la autopercepción de la imagen corporal. Un total de 60 adolescentes fueron pesados y medidas para determinar su estado nutricional y se realizó una encuesta para determinar la autopercepción de la imagen corporal, así como también el consumo de determinados alimentos.

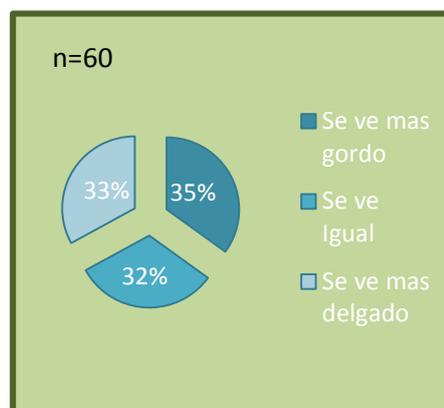
Resultados: El estado nutricional de las encuestadas reflejó un 55% normopeso, 20% bajopeso, 13% obesidad leve y 12% sobrepeso. Cuando hicimos referencia a la percepción de la imagen corporal, pudimos observar valores muy similares un 35% se ve más gordo, el 32% se ve igual y el 33% se ve más flaco. Cabe destacar que los pacientes con sobrepeso y obesidad leve en su totalidad se ven más flacos. Y la mayor parte de los pacientes con bajopeso se ven más gordo.

En cuanto al consumo de productos dietéticos, luego de realizar la frecuencia de consumo podemos ver que todos los alimentos no son consumidos de forma adecuada.

La actividad física no fue un factor determinante, pero podemos ver que los pacientes con normopeso son las que realizan actividad física con mayor frecuencia.



Estado nutricional De las adolescentes



Percepción de la imagen corporal de las adolescentes

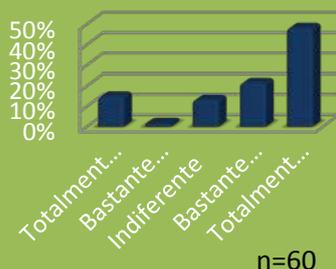
Conclusión: Podemos concluir, en que las adolescentes presentan una distorsión de la imagen corporal, principalmente aquellas que se encuentran en sobrepeso y obesidad leve, las cuales se ven más flacas, y las adolescentes que presentan bajopeso, las cuales se ven más gordas.

La preocupación por llegar a estar más gordas, fue muy alta independientemente del estado nutricional de las mismas, así como también la satisfacción del peso corporal, las adolescentes no están de acuerdo con su peso o le es indiferente.

Por otro lado se observa escasas en la elección de distintas variedades de frutas, verduras, productos ricos en fibra, como también alimentos descremados o reducidos en grasa, se podría intuir un bajo consumo de pescado, debido a que su elección es pobre.

Al analizar las distintas variables por separado obtenemos porcentajes que podrían ser relevantes para esta tesis, pero al realizar el entrecruzamiento de estas, no se observaron diferencias significativas. Por lo tanto las elecciones alimentarias no estarían condicionadas por las variables percepción de la imagen corporal y el estado nutricional.

Preocupación de las adolescentes por llegar a estar gorda



REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Morales, María Florencia

Tipo y N° de Documento: DNI 35123543

Teléfono/s: 0226215659361

E-mail: florquequen34@hotmail.com

Título obtenido: Licenciatura en nutrición

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Autopercepción de la imagen corporal, estado nutricional y consumo de productos dietéticos

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>.)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

Tesis de
Licenciatura
María
Florencia
Morales

