





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SU PESO
CORPORAL EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MEDIA BÁSICA**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería
MÓNICA NOHEMÍ CONTRERAS NEGRETE

DIRECTORA:
M.A. MA. MAGDALENA MIRANDA HERRERA

DICIEMBRE 2007



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Percepción de los Adolescentes sobre su Peso Corporal en una
Institución Educativa Media Básica

T E S I S

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
MÓNICA NOHEMÍ CONTRERAS NEGRETE

Directora de Tesis

M.A. Ma. Magdalena Miranda Herrera

Codirectora de Tesis

M.E.P. Claudia Elena González Acevedo

DICIEMBRE 2007



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26
Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27, 834-25-45 Y 834-25-46 Administración: Tel. 834-25-47
Dirección: Tel. 826-23-27 e-mail: enfermeriauaslp.mx
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

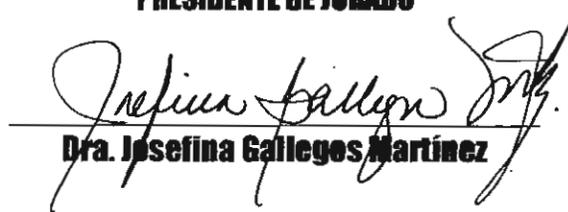
“Percepción de los adolescentes sobre su peso corporal en una institución educativa media básica”

ELABORADO POR:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Mónica Noemí Contreras Negrete

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO


Dra. Josefina Gallegos Martínez

SECRETARIO


M.A. Ma. Magdalena Miranda Herrera

VOCAL


M.E.P. Claudia Elena González Acevedo

13 DE DICIEMBRE DE 2007

AGRADECIMIENTOS

En el presente apartado deseo agradecer desde lo más profundo de mi ser a mis hijos Fernando y Paloma , a mis padres María Guadalupe y David, y a mis tres hermanos, Felipe, Milagros y David, por todo el apoyo que me brindaron de manera incondicional para el alcance de éste objetivo profesional, por darme parte de su tiempo y su existencia así como su acompañamiento continuo, cuando se generaron sentimientos de frustración y satisfacción.

Asimismo deseo agradecer a mis directoras de tesis, la Lic. Enf. Ma. Magdalena Miranda Herrera, y a la Lic. Enf. Claudia González Acevedo, por haberme proporcionado además de su valioso tiempo, la oportunidad de aprender a trabajar de forma sistematizada, así también a la Lic. Enf. Yolanda Flores de la ciudad de Monterrey N. L. quien con su apoyo y enseñanza me permitió mejorar y renovar el presente estudio.

A mis jefes inmediatos de la institución, Lic. Gerardo Maya González, QFB, Cecilia López Hernández, QFB. Itchel Cortés Sanchez, Profa. Juana Brann Martínez , así como la Lic. Claudia Necochea, mi más profundo agradecimiento por la oportunidad que me dieron de adquirir más conocimientos y mejorar en el ámbito profesional.

Así también deseo agradecer a los adolescentes y a sus padres de familia que de forma voluntaria decidieron participar en conjunto con la investigadora para el desarrollo del estudio, muchas gracias por su tiempo y confianza.

Sin más, y con la seguridad de un agradecimiento eterno, a todos los involucrados de forma directa como indirecta en éste trabajo, reitero que éste estudio es sólo una parte de los múltiples proyectos profesionales, por lo que la única forma de hacer un pago a tantas, tantas personas, por éste apoyo y confianza, es a través del compromiso de generar más investigación que de solución a la problemática de salud en la que nos encontramos inmersos.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	5
3. Marco de Referencia	12
3.1. Percepción.....	12
3.2. La Adolescencia.....	13
3.3. Adolescencia y nutrición.....	25
3.4. Valoración del peso corporal.....	28
3.5. Alteraciones en el peso corporal.....	30
3.6. Estudios relacionados.....	41
4. Objetivos de la Investigación.....	44
5. Material y Métodos.....	45
5.1. Tipo de estudio.....	45
5.2. Lugar de Estudio y Contexto de Informantes.....	46
5.3. Selección de Muestra y Técnica de colecta de datos.....	47
5.4. Estrategias para análisis de datos	50
5.5. Acercamiento al contexto de los informantes.....	52
5.6. Consideraciones éticas.....	53
6. Resultados y Discusión.....	55
6.1. Características sociodemográficas de los adolescentes informantes.....	55
6.2. Índice de Masa Corporal de los adolescentes.....	56
6.3. Resultados de la Entrevista.....	57

6.4. Percepción por imágenes del peso corporal de los adolescentes.....	72
6.5. Percepción del peso corporal de los adolescentes en comparación con el IMC.....	76
7. Conclusiones.....	82
8. Limitantes	84
9. Sugerencias.....	85
10. Bibliografía.....	86
11. Anexos.....	95
12. Autorización para copiar estudio.....	117

RESUMEN

Entre los adolescentes, el peso corporal los ha llevado a generar una serie de sentimientos que de manera importante influyen en la percepción de su peso, adquiriendo nuevos patrones de alimentación y de actividad física con la única finalidad de alcanzar el peso ideal según sus expectativas. Asimismo el entorno familiar y social en el que se desenvuelven hacen permisible esa adquisición de nuevas conductas que hoy en día representan un reto para los profesionales de enfermería ya que la identificación oportuna de dichas alteraciones en el peso se consideran la base para la formulación de programas preventivos en la aparición de los trastornos de la alimentación; para ello se llevó a cabo una investigación cualitativa, para analizar las percepciones de los adolescentes sobre su peso corporal, utilizando la entrevista semiestructurada y una serie de imágenes por edad y sexo. Asimismo se obtuvo el IMC para comparar la realidad de su peso con sus percepciones verbales y por imágenes; se seleccionaron a 22 adolescentes de ambos sexos de una secundaria privada, utilizando el muestreo teórico y el análisis temático de los datos. Se identificaron 12 adolescentes con peso normal, 2 con peso bajo, 2 con riesgo de sobrepeso y 6 con sobrepeso. Se encontraron 5 núcleos de sentido en las entrevistas y se encontró que los adolescentes con peso normal les gustaría verse en imagen con un peso menor al actual. Se concluye que los adolescentes tienen una percepción adecuada de su peso actual, sin embargo hacen su control de peso para alcanzar el ideal.

Palabras claves: percepción, adolescencia, peso corporal

Summary

Among adolescents, the body weight has led them to generate a set of feelings that significantly affect the perception of his weight, gaining new patterns of food and physical activity for the sole purpose of attaining the ideal weight according to their expectations. Similarly, the family and social environment in which they operate are permissible that acquisition of new behavior which today represent a challenge for nursing professionals as the timely identification of these changes in weight are considered the basis for program development preventive the onset of eating disorders, therefore carried out a qualitative research, to analyze the perceptions of adolescents about their weight, using the semi-structured interview and a series of images by age and sex. He also won the BMI to compare the reality of their weight with their perceptions and verbal images were selected 22 male and female adolescents in a private secondary, using sampling theoretical and thematic analysis of the data. We identified 12 adolescents with normal weight, 2 with low weight, 2 at risk of overweight and 6 overweight. We found 5 cores sense in the interviews and found that adolescents with normal weight would like to be seen in an image with less weight today. It concludes that adolescents have a proper understanding of their current weight, however they control their weight in order to achieve the ideal

Keywords: perception, adolescence, body weight

1. INTRODUCCION

La palabra adolescencia deriva de la palabra “adolescer” que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez, según la Organización Mundial de la Salud (1998) es un lapso de edad que va desde los 10 a los 19 años, con variaciones culturales e individuales, desde el punto de vista biológico se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción y termina con el cierre de cartílagos epifisarios y de crecimiento. Socialmente es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta, y autónoma económica y socialmente¹.

La adolescencia es en realidad un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, caracterizándose por la madurez física, cognitiva, social y emocional, donde el niño se prepara para ser hombre y la niña para ser mujer. Sus límites precisos son difíciles de definir, pero normalmente se considera que comienza con la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios como el crecimiento del vello axilar y púbico tanto en hombre como en la mujer, el acumulo de grasa en la cadera femenina y en los pechos, la aparición de la menarca, así como el agravamiento de la voz en los varones y la producción de espermatozoides en los mismos.

En realidad la adolescencia es un periodo de la vida que presenta desafíos especiales de adaptación, donde los niños deben progresar hacia la independencia emocional de los padres, considerar proyectos de independencia económica y aprender a trabajar en intereses comunes con los compañeros y sobre todo a convertirse en personas responsables.

Los adolescentes hoy en día son grupo de población muy numeroso, tanto a nivel mundial, como nacional y en nuestro estado conforman alrededor del 50% del total de la población.² Durante ésta etapa se presentan tres momentos claves que se presentan en el transcurso de la misma, la adolescencia temprana se considera de los 9 a los 14 años, la media hasta los 17 años y la adolescencia tardía hasta los 19 años.^{1-3,4,5,6} Y es que según Wong en el 2000; es precisamente en la etapa intermedia donde se han reportado la presencia de la mayor parte de

los trastornos de la alimentación entre los que se encuentran , la anorexia, bulimia y sobrepeso.⁷

Sin lugar a dudas, los medios de comunicación representan la mayor influencia para la adquisición de nuevos valores, entre los que se encuentra la alimentación, además de que actualmente se hace permisible la falta de vigilancia de la alimentación por los padres ya que la mayoría de ellos se encuentra inmersos en el mundo laboral, además que los adolescentes actuales pasan gran parte de su tiempo fuera de casa, con actividades extraescolares y en la compañía de sus pares.

Y es que a pesar de los cambios individuales a los que se enfrentan los adolescentes , hoy en día son presos por una parte de los patrones culturales, sociales, de un bombardeo constante sobre la imagen corporal donde la extrema delgadez es el cuerpo sano, ideal y exitoso y por otro lado en un extremo opuesto les es fácil adquirir alimentos poco nutritivos, con alto nivel energético, y donde también las percepciones familiares, y sociales juegan un papel importante, ya que en décadas anteriores a las "personas gorditas" eran el reflejo de personas sanas.

En los trastornos alimenticios donde los adolescentes presentan tanto desnutrición, por déficit como por exceso, uno de los factores que influye con más potencia es la imagen corporal, así como por su autoimagen y el autoconcepto que determinan en gran medida la autoestima del joven y la percepción de si mismo.

Según el estado del conocimiento son pocas las evidencias científicas de cómo se perciben los adolescentes sobre su peso corporal ya que la mayoría de las investigaciones se enfocan a otras dimensiones del problema tales como la incidencia y prevalencia de los trastornos relacionados con el peso corporal. Dichos estudios son de utilidad para la obtención de información sobre el estado que guardan los trastornos alimenticios y siendo elaboradas por otros profesionales de la salud, dentro de los cuales no se encuentra Enfermería^{8,9,10,11,12}

Sin embargo la disposición de los resultados obtenidos de dichas investigaciones, han permitido conocer el crecimiento alarmante de estas enfermedades en los adolescentes, así como determinar las implicaciones tanto físicas, fisiológicas, sociales y culturales a las que se predisponen.^{13,14}

Actualmente se hace necesario llevar a cabo investigaciones de tipo cualitativo, ya que para la enfermería actual y para los profesionales de la salud, este problema se ha convertido en una oportunidad de actuar inmediatamente haciendo una detección oportuna de adolescentes en riesgo por bajo o alto peso siendo así factible la implementación de programas bajo la premisa de la comprensión de estas patologías así como el beneficio de adoptar conductas saludables desde su propia percepción siendo tratado como sujeto reflexivo.

A partir de lo antes planteado el objetivo principal del trabajo fue analizar las percepciones de los adolescentes sobre su peso corporal, a través de la entrevista y de la visualización de imágenes relacionadas con el índice de masa corporal; todo ello contrastado con la conducta alimentaria y la actividad física que adoptan los adolescentes, considerando que la imagen corporal dada por el peso está determinada por la autoestima y por el contexto en el que se desarrollan siendo así los principales factores que influyen en la presencia de sobrepeso, obesidad, anorexia, y bulimia, reconocidos como trastornos alimenticios.

Es así como los resultados del presente trabajo revelaron que los adolescentes de ambos sexos de la secundaria en cuestión presentaron una alteración en la percepción del peso corporal, y que de alguna forma el aspecto familiar en éste caso dada por la percepción que tienen los padres del peso determinan los estilos que hacen de la alimentación y la actividad física de sus hijos; asimismo el aspecto social dado por el contexto en el que se desenvuelve el adolescente, y el aspecto individual en éste caso las cuestiones del autoestima son factores que influyen de forma constante en ésta percepción, además se encontró una alteración en las conductas alimentarias y la actividad física de los adolescentes.

De ésta manera, los resultados del presente estudio ofrecen nuevas vetas a explorar en el campo educativo y trabajo continuo con éste grupo de población.

2. JUSTIFICACION

En el mundo globalizado en el que hoy se vive, los adolescentes representan el futuro inmediato de la gente preparada, capaz de decidir y solucionar problemas, además de contar con un estado de salud óptimo, dado los avances tecnológicos que se generan día con día y los alcances obtenidos en materia de salud, para mejorar la calidad de vida de las personas.

Sin embargo, la situación actual de los jóvenes a nivel mundial, nacional y estatal, se ve mermada por la predisposición que existe a innumerables situaciones, que por el contrario lo único que hacen es afectar su salud, haciéndolos susceptibles de ser jóvenes y/o adultos con problemas de violencia, adicciones, alteraciones físicas, mentales etc, que no sólo afectan su entorno, sino a la sociedad en la que se encuentran inmersos.

Y es que uno de los problemas que afectan hoy en día a los adolescentes son los trastornos de la alimentación, los cuales según la Asociación Americana de la Comida en el 2002 son la bulimia, anorexia y obesidad, esta última producida generalmente en los comedores compulsivos y sin ser considerada como enfermedad psiquiátrica, también va en aumento en la etapa de la adolescencia, considerándola como enfermedad crónica no transmisible la International Association for Study of Obesity en el 2000.⁴

Es así como las enfermedades más comunes durante esta etapa se encuentran asociadas por la preocupación sobre los cambios que se generan en el cuerpo, entre ellos el peso corporal, la imagen y que están muy relacionadas con la autoestima y auto concepto que tienen de sí y que perciben de los demás.

Los trastornos alimenticios según Donna Wong en el 2000; son enfermedades que se relacionan con la alteración de los hábitos alimenticios comunes. Estas conductas pueden o no alterarse voluntariamente, sino que están sujetos a factores internos, y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares y comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar o amigo.⁷

Tanto el sobrepeso, la obesidad, anorexia y bulimia son problemas de salud de la época moderna que han afectado en su mayoría a los adolescentes. Es así como a nivel internacional en el caso del sobrepeso y la obesidad la Fondo de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) en el 2000 reporta un aumento alarmante, refiriendo que más de 300 millones de personas en el mundo padecen de esta enfermedad.¹⁵ Se desconoce la cifra global de sobrepeso en adolescentes pero su estudio resulta relevante puesto que cerca de una quinta parte de la población mundial tiene entre 10 y 19 años.^{15,16}

Así como también en lo referente a la anorexia y la bulimia a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud en el 2002 reporta una prevalencia del 0.5 al 3% de estas enfermedades tanto en hombres como en mujeres y una incidencia anual de un caso por 1000 adolescentes.¹⁷ Por su parte en el 2001 reporta que a nivel mundial se acepta para la anorexia una incidencia de 20-30 casos por 100,000 mujeres menores de 25 años con una prevalencia de 0.5 a 1 casos por 100,00 habitantes, mientras la incidencia y prevalencia de la bulimia presenta cifras variables entre 4 y 8% respectivamente y entre el 1 y 3% respectivamente.¹⁸

En lo referente a nuestro país, estas alteraciones no se quedan atrás pues de los 10.5 millones de adolescentes el 29% sufre de sobrepeso y obesidad, siendo la mayor prevalencia en las mujeres, siendo así que uno de cada tres adolescentes presenta sobrepeso y/o obesidad.^{19,20} Así las cifras en lo referente a sobrepeso y obesidad la Encuesta Nacional de Salud en el presente año (ENSA-2006), reporta que estas enfermedades en mujeres adolescentes se presentan en un 27 y 32%, respectivamente, así también reporta que uno de cada 10 adolescentes presentan anorexia o bulimia, teniendo una prevalencia del 9.6% en mujeres y 4.9% en varones con anorexia y 6.2 % en mujeres y 1.2% en varones con bulimia²¹.

Por otro lado se ha encontrado que en el país, los estados en los que se encuentra una alta de incidencia y prevalencia de los trastornos alimenticios en los adolescentes es en la Ciudad de México, los estados del Norte y Centro dentro de los cuales se encuentra San Luis Potosí con un 26, 25.5 y 16.1 por

ciento respectivamente, siendo las áreas urbanas (22.9%) las más afectadas con respecto a las rurales (11.7%).²⁰

Y es que en realidad la problemática de estos trastornos se ve evidenciada por la asociación que existe con las más de 300 mil muertes por año que se presentan en el país²² y por otro lado debido a los costos que genera para las instituciones hospitalarias y las familias la atención que requieren, ya que según la Cámara de Diputados de la 59 Legislatura en el país,²² el gasto anual en cuidados médicos por obesidad y sobrepeso aumentó de \$98,000 millones a \$129,000 millones de pesos en el 2005 encontrando así que para el año 2000 según Serrano Sierra existe una relación entre el sobrepeso y la obesidad durante la adolescencia y la etapa adulta, por lo que el riesgo de ser un adulto con obesidad es de 2 a 6.5 veces más alto para los adolescentes que tienen sobrepeso comparados con aquellos con peso normal.²³ Del 26 al 42% de los adolescentes con sobrepeso continúan así en su vida adulta.^{24,25}

En el caso de los trastornos de bulimia y anorexia, más que los costos económicos que podrían ser estimados para su atención, es importante mencionar que aun se desconoce la identificación prematura de estos padecimientos, porque en algunos casos por la mismas características de las patologías pasan desapercibidas, siendo así que como ultima complicación y costo es la vida humana.

Pero no sólo son los costos económicos a los que se enfrentan los adolescentes que padecen cualquiera de éstos trastornos, ya que en lo individual por ser gordos o flacos son sometidos a burlas, discriminaciones tanto por sus compañeros como por sus familiares, la sociedad en general, produciéndose así un círculo vicioso, donde la autoestima baja juega un papel muy importante en la aparición de cualquiera de éstas enfermedades.

Es importante mencionar que la mayor parte de las investigaciones que se han generado en torno al tema son de tipo cuantitativo, y se basan en la búsqueda constante de la incidencia y prevalencia de dichas enfermedades.

Por ejemplo en el caso de la investigación realizada por Poyato et al en España durante el 2004 con un total de 10,206 adolescentes donde reporta que al pesarlos y medirlos encontró que el 2.5% de las mujeres presentan obesidad y el 11.5% en los varones tiene sobrepeso.¹⁰

Otro de los estudios realizado en España durante el 2003 reporta la prevalencia de obesidad en los jóvenes de 13 años de un nivel socioeconómico y educativo presentándose tanto en el sexo femenino como el masculino.²⁵

En Brasil durante el 2001 se determinó el riesgo de sobrepeso y obesidad con 92 adolescentes de un secundaria, reportando que en las mujeres es más incidente la obesidad, con una diferencia significativa entre los dos sexos de $p=0.022$.²⁶

Por otro lado en Estados Unidos durante el 2000 Piruznia reporta que uno de las principales causas del sobrepeso y obesidad en los adolescentes es atribuible a factores como el conocimiento de nutrición, el consumo de alimentos, y en grado indeterminado la autoestima.⁹

En nuestro país uno de los estudios de tipo cuantitativo realizados durante el 2000 por Briones Ortiz y Cantú Martínez reporta que los varones adolescentes presentan en un 42% obesidad y en las mujeres se presentan en un 37%, del total de la muestra que fue de 120 adolescentes, sin encontrar una diferencia significativa de $p=0.05$.¹²

En lo referente a las investigaciones de anorexia, como bulimia, se han encontrado algunas de las siguientes investigaciones, como la denominada "Desórdenes alimentarios en adolescentes". Análisis estadístico de los cuestionarios eat y bit", llevada a cabo por Poyato et al., en el 2003, realizada en España con 1500 adolescentes entre 14 y 17 años, encontrando que los cuestionarios "eat" y "bite" son referencia válida para estudiar los riesgos de trastornos alimenticios en muestras representativas de adolescentes.²⁷

En otro estudio realizado en España durante el 2001 por Arrezola et al titulado "Anorexia: Cuidos de Enfermería y Educación Sanitaria", cuyo objetivo principal establecer un protocolo educativo y orientativo para disminuir las reincidencias de las pacientes anoréxicas, haciendo uso de sólo 4 historias clínicas, concluyendo la importancia de un tratamiento individualizado con terapia combinada, así como la participación indudable de Enfermería en la recuperación.²⁸

Así también se han encontrado conductas alimentarias de riesgo que predisponen a los adolescentes a ser anoréxicos o bulímicos, según Unikel Santoncini en 2006 adolescentes de una secundaria en la ciudad de México, encontrando que en las mujeres se incrementó la práctica de "atracones", así como la sobreestimación del peso corporal disminuyó en los varones.²⁹

Ante la problemática que viven los adolescentes en esta materia, el Gobierno Federal ha implementado a través de diferentes programas como el Programa Nacional de Desarrollo, de donde se deriva el Plan Nacional de Salud y a través del cual desde sexenios pasados se ha desarrollado el Programa Nacional del Adolescente en el caso del periodo pasado se implementó desde el 2001 – 2006³⁰ con la finalidad de que a través de la Secretaría de Salud se protegiera por medio de diversas acciones la salud de los adolescentes, sin embargo este programa hace énfasis y tiene como prioridad la salud sexual y reproductiva y en materia de nutrición es poca o casi nula las acciones a seguir y sobre todo en la resolución de estos problemas.

A su vez también en años pasados se desarrolló el proyecto de la NOM 043 SSA-2 1999, donde se pretende proporcionar servicios básicos en materia de alimentación³¹, también la NOM 009 de la SSA-2 1994 contempla la nutrición como factor propiciante para el buen crecimiento y desarrollo³². Es importante mencionar que tampoco se han encontrado resultados de la aplicación de las normas anteriores, siendo así que las medidas de implementación y control de los programas y normas parecen insuficientes en nuestro país, es aquí donde compete a todo el personal de salud entre ellos los profesionales de Enfermería, generar nuevas propuestas ante los resultados que como se menciona

anteriormente van en incremento así como la generación de nuevos programas donde se considere a los usuarios y probablemente considerando las percepciones del problema se llegue a la raíz de éste y se pueda combatir.

Para Muñoz et al³³ y Tizón et al³⁴, en España, parte de las soluciones que han encontrado en sus investigaciones son la elaboración de intervenciones educativas por Enfermería, ya que ellos afirman que los hábitos alimentarios son modificables en la adolescencia iniciando por informar y tomar en cuenta la opinión de ellos sobre sus necesidades y gustos alimenticios.

Los resultados de los estudios antes mencionados revelan la necesidad de generar urgentemente programas que sean eficaces para prevenir el sobrepeso, la obesidad, anorexia y bulimia ya que la mayoría de ellos se han realizado bajo la temática cuantitativa, es probablemente a través de éste enfoque como se pueden identificar y analizar como perciben su propia problemática.

Se han encontrado pocos estudios que aborden la percepción en lo referente al peso corporal en los adolescentes, uno de ellos es el realizado en Estados Unidos por Paeratkul et al³⁵, donde se encontró que las mujeres blancas tienen una mayor percepción de sobrepeso comparado con las personas de raza negra o hispanos, aunque su peso se encontraba en el ideal.

Otro de los estudios realizados bajo este enfoque es el que se llevó a cabo por Brener et al³⁶ en Estados Unidos reporta la asociación entre la percepción de sobrepeso y el índice de masa corporal en adolescentes preparatorianos, encontrando que los adolescentes refieren alteraciones en su peso sobre todo de obesidad cuando en realidad se encuentran dentro del peso normal.

Lo anterior no solamente evidencia la necesidad de generar más investigación cualitativa sino que ésta sea llevada a cabo por Enfermería, ya que por un lado el contacto con este grupo de población no ha sido el ideal y que como un acercamiento a la futura población adulta requiere que se involucre más con ellos identificando lo que ellos perciben, piensan y expresan como su realidad y considerándolos como sujetos reflexivos capaces de tomar sus propias decisiones.

Y es que al laborar en una institución secundaria privada se tiene contacto con 370 adolescentes a los cuales se atiende a nivel primario y se identificó la necesidad de generar programas tomando en cuenta su propia percepción, ya que se han encontrado los casos de con alteraciones en nutrición atribuibles desmedido de alimentos sobre-energéticos, así como a los hábitos nutricionales que aprenden de la familia.

Por otro lado se han encontrado situaciones en la que los adolescentes refieren un preocupación constante por el peso corporal, y sin acudir a atención especializada, toman sus propia medidas haciendo dietas que son compartidas entre compañeras y compañeros, además de comer poco, nunca desayunar o bien mantener ayunos prolongados además de tomar constantemente agua natural para que se les quite el hambre.

Lo anterior significa que para los adolescentes de la institución educativa en cuestión, su peso corporal puede representar una de las principales preocupaciones ya que la percepción que tienen de su imagen corporal es uno de los factores a los que se les puede atribuir la manera en cómo resuelven la necesidad de alimentarse y por ende los sentimientos que les genera, por ésta razón se hizo necesario llevar cabo un estudio, donde se identificaron las percepciones de los adolescentes con respecto a su peso corporal como medio diagnostico para conocer su forma de alimentarse, y así reforzar las conductas adecuadas con respecto a la alimentación, comprender lo que es para ellos los trastornos de la conducta alimentaria, todo ello con la finalidad de proponer programas y estrategias a partir de la visión de los propios sujetos.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Percepción

El marco de referencia para este estudio se integró por el concepto de percepción, conceptos de la adolescencia, el concepto de peso corporal y los trastornos de conducta que se originan a partir del peso corporal. De acuerdo a King en 1992, la percepción es un proceso propio del ser humano que implica organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria para formar una representación de la realidad y formular hipótesis que son expresadas en forma de juicios. Es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos, que le da sentido a las experiencias de los individuos e influye en su conducta.³⁷

Aunque se presupone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetre en su medio perceptual. En primer lugar, el funcionamiento de los instrumentos perceptuales sensoriales (funcionamiento de los órganos de los sentidos) e intelectuales (procesos mentales) varían según cada persona y en segundo lugar, la percepción se relaciona con experiencias pasadas, con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con intereses actuales.³⁷

King refiere que la percepción es universal, todas las personas perciben a otros individuos y objetos del medio ambiente debido a ciertas características comunes de los seres humanos como son los sentidos; es subjetiva y personal, ya que cada sujeto tiene experiencias diferentes y un nivel de desarrollo individual, además las percepciones se basan en experiencias pasadas que las hacen excepcionalmente personales hasta que se comunican a otros; es selectiva para cada sujeto, ya que cada uno permite la entrada de estímulos del medio ambiente; finalmente es una acción orientada en el presente, debido a que el mundo se aprecia según la información de que se dispone y en ello influyen intereses actuales, necesidades y metas futuras.

Además de percibir el medio físico, los seres humanos perciben a otras personas y a si mismos, lo cual se denomina percepción social. En la percepción

de los seres humanos predominan los juicios evaluativos y las inferencias respecto al sujeto percibido. La percepción de una persona implica organizar información sobre el sujeto y atribuirle propiedades que culminan en un juicio de carácter evaluativo formado a partir de las características físicas observables y de características y estados no observables del sujeto percibido. Para Salazar et al., en el 2003, es un proceso que va más allá de la apariencia física, en ella intervienen mecanismos emocionales, cognoscitivos, motivacionales, etc. que afectan la información y el juicio que se emite no siempre corresponde con la entrada sensorial.³⁸

De acuerdo a éste autor la percepción puede considerarse como un sistema en donde la entrada está constituida por dos elementos: a) características de la persona estímulo, que en el caso del presente estudio se considera la edad, sexo, imagen corporal e IMC, y b) información sobre el contexto, en el presente estudio se consideró la información que recibe el adolescente de sus padres, grupos de pares y de los medios de información, profesores y demás personas con las que establece interrelación. La información que proviene de estas fuentes es filtrada por un elemento dinámico en el sistema: el selector de entrada, donde se toman decisiones respecto a cuáles estímulos se les dará seguimiento en el proceso.

3.2. La adolescencia

Respecto a la adolescencia ésta deriva de la palabra "adolecer" y, según la Organización Mundial de la Salud en 1998 es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales; desde el punto de vista biológico se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción y termina con el cierre de cartílagos epifisarios y el crecimiento. Socialmente es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma económica y socialmente.¹

Durante esta etapa se presentan tres momentos claves: la adolescencia temprana se considera de los 9 a los 14 años, la media hasta los 17 años y la adolescencia tardía hasta los 20 años.^{3,4,5-39} Así durante esta etapa de la vida se culminan los

procesos de crecimiento y desarrollo físico, se produce la madurez sexual, y el joven adquiere las características de iniciativa y autonomía propias del adulto.

Es ésta etapa de la vida importante para la salud porque durante ella se manifiestan rápidas modificaciones bioquímicas, anatómicas y fisiológicas en el organismo; generalmente iniciando con la pubertad y aparece primero en las mujeres que en los hombres, siendo así un periodo caracterizado por la madurez sexual y la activación de glándulas como la hipófisis, tiroides, suprarrenales y gónadas. Las hormonas que producen éstas glándulas provocan cambios en el cuerpo, como la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que comprenden la conformación física general del cuerpo, el desarrollo de los órganos sexuales, la aparición de vello púbico y axilar en el hombre y mujeres, así como el bigote y la barba en el hombre.⁴⁰

Es así como el complejo proceso de desarrollo adolescente tiene diferentes fases y dimensiones que no se excluyen mutuamente sino que se relacionan dinámicamente. Una de estas dimensiones, por períodos la más llamativa y conflictiva, es la de los cambios físicos profundos que deben pasar los adolescentes. Sus cuerpos cambian pero no sólo en forma física, sino que el proceso de crecimiento y desarrollo va introduciéndolos en una nueva identidad adulta cuyas representaciones sociales sobre el cuerpo comunica valoraciones positivas o negativamente a los jóvenes con respecto a su cuerpo.⁴¹

En síntesis, durante la adolescencia el desarrollo físico es entonces desarrollo de la identidad en tanto imagen corporal. A través del cuerpo que crece se llega a la identidad adulta.

3.2.1. Desarrollo psicológico y social del adolescente

El estudio psicológico y social de la adolescencia se fundamenta en tres orientaciones teóricas. La orientación teórica del desarrollo cognoscitivo (Jean Piaget), para quienes la adolescencia está caracterizada por un grupo de cambios cualitativos respecto de las maneras con que un individuo joven piensa acerca del mundo.⁴²

La orientación psicoanalítica, basada en la teoría del desarrollo psicosexual (Sigmund y Ana Freud), la pubertad actúa como desencadenante de una súbita descarga de fuertes impulsos eróticos y agresivos.

La orientación conductista, basada en la teoría del aprendizaje social (Skinner y Pavlov) los individuos se comportan de modos que llevan al refuerzo o recompensa.⁴²

3.2.1.1 Desarrollo cognoscitivo

En cuanto al desarrollo cognoscitivo se debe reconocer en primer término el trabajo de Jean Piaget, quien consideraba que la cognición del adolescente se caracteriza por la aparición de las operaciones formales y el cambio de perspectiva del adolescente del egocentrismo a la descentralización.⁴³

La etapa de las operaciones formales está caracterizada por la capacidad para el pensamiento abstracto, que incluye la aplicación de reglas, deducciones, hipótesis y lógica para resolver problemas. Lograr las operaciones formales proporciona a los adolescentes una nueva manera de operar la información. Son capaces de utilizar el razonamiento hipotético-deductivo y este proceso sistemático de razonamiento es la base del pensamiento científico y matemático.^{44,45}

En los adolescentes, los cambios tanto internos como externos se combinan para alcanzar la maduración cognoscitiva. Según Piaget, el cerebro ha

madurado y el ambiente social se ha ampliado, proporcionando mayores oportunidades para la experimentación, pero admite la posibilidad de que algunos individuos están imposibilitados para realizar operaciones formales, sin embargo, prefiere creer que la gente alcanza esta etapa en formas que son apropiadas a sus aptitudes y áreas de especialización profesional.⁴⁶

El egocentrismo en el adolescente intensifica y magnifica la importancia de sus propias ideas y radica en la creencia de que otras personas, incluyendo a sus propios compañeros, están igualmente obsesionados por su apariencia y comportamiento.

El mismo se caracteriza por lo siguiente: críticas a figuras de autoridad, tendencia a discutir, concentración en sí mismo, autoconciencia exagerada (observador que sólo existe en la mente del adolescente y que está tan preocupado como él de sus pensamientos y su conducta), irresolución (dificultad para decidirse, ya que de pronto se dan cuenta de las muchas posibilidades que existen). El proceso de descentralización le permite al adolescente curarse de sus crisis idealistas y retornar a la realidad, que es el camino al verdadero comienzo de la edad adulta. Piaget vio desencadenado este proceso por las relaciones sociales, iniciado por el diálogo con los pares y pronunciado por el ingreso al mundo profesional. "Es entonces cuando se transforma de un reformador idealista en un realizador" según lo referido por Piaget en 1977. El modelo de procesamiento de la información ha surgido recientemente como otro enfoque del desarrollo cognoscitivo, el cual considera la mente humana como un sistema que reúne, procesa, manipula y almacena información proveniente del medio.⁴⁶

Una contribución importante de los enfoques de procesamiento de la información es el reconocimiento de la capacidad de los seres humanos para planificar, aprender, recordar y pensar acerca de su propia planificación, aprendizaje y recuerdos (pensamiento estratégico).

3 .2.1.2.Desarrollo Moral

El desarrollo moral de acuerdo con la Teoría de Kohlberg, continúa durante la adolescencia, mientras los jóvenes adquieran la capacidad de abstraer y de entender los principios morales universales ⁴⁷. Los niveles de moralidad según Kohlberg son:

Nivel I: Moralidad preconvencional (4 a 10 años), el énfasis está en el control externo, obediencia de las reglas y estándares de otros para evitar el castigo o para obtener recompensa.

Nivel II : Moralidad convencional (10 a 13 años), existe el deseo de agradar y complacer a otras personas y se han interiorizado los estándares de figuras de autoridad.

Nivel III: Moralidad posconvencional (13 años en adelante, o nunca), cuando la persona sigue principios morales interiorizados y decide entre estándares morales conflictivos. El control de la conducta se hace interno, el discernimiento del bien o el mal, se logra tanto por estándares observados como por razonamiento.⁴⁷ El aumento de las relaciones con compañeros y el deseo de ser aceptado lleva a los adolescentes a conflictos morales tales como salir con el amigo de una amiga, traicionar un secreto que le ha sido confiado, denunciar el robo hecho por un compañero o beber en una fiesta, los cuales tienen que resolver.

Estos conflictos son una oportunidad para que el adolescente afirme su individualidad frente a sus padres y compañeros; y al mismo tiempo, sirven para estimular nuevos criterios acerca de lo bueno y lo malo, basados más en principios de justicia y de la intención que se tuvo, que en las leyes que impone la autoridad de los adultos. En la medida que los adolescentes pasan más tiempo fuera del hogar, con sus amigos, se pone a prueba la solidez de sus convicciones morales.⁴⁷

El desarrollo de la conducta moral durante la adolescencia, según otro enfoque, el de los teóricos del aprendizaje social, está dirigido a las estructuras de recompensa que dictan las conductas socialmente aprobadas. Los valores

morales son definidos por la conducta moral, uno se comporta de la manera que según se espera, conducirá a resultados positivos o evitará resultados negativos⁴⁹. Además sostienen que gran parte de este desarrollo se cumple a través de modelos y los adolescentes aprenden conductas socialmente aceptadas observando e imitando a otros, que consideran socialmente competentes.

3.2.1.3. Desarrollo afectivo

De acuerdo con Erik Erikson⁴⁴, la tarea principal de la adolescencia es resolver el conflicto de identidad versus confusión de identidad, en el cual el adolescente debe determinar su propio sentido de sí, es decir, su identidad. Esto implica la necesidad universal de percibirse a uno mismo en forma independiente de los demás, sin importar en que medida se comparta con ellos necesidades, valores o intereses.

Para conformar la identidad, el yo organiza las habilidades, necesidades y deseos del individuo y ayuda a adaptarlos a las demandas de la sociedad. La búsqueda de la identidad se enfoca en la adolescencia y persiste a lo largo de la vida. El proceso real de establecer una identidad personal puede estar acompañado de un período de intenso trastorno emocional que Erikson define como crisis de identidad, experimentada aproximadamente entre los 13 y 18 años de edad.⁴⁸

El rápido crecimiento físico y la madurez genital alertan a los adolescentes de su inminente vida adulta y comienzan a preguntarse acerca de su papel en la sociedad, lo cual los lleva a desarrollar y fortalecer sus proyectos de vida. Los adolescentes son vulnerables a una imagen de sí mismos inestable, principalmente en la pubertad, cuando enfrentan cambios importantes en su aspecto corporal, sin embargo, luego del empuje puberal, los conceptos sobre sí mismos se modifican sólo en forma gradual y dirigida a lograr una mayor estabilidad. Es típico que los jóvenes pasen varios años probando roles e ideologías alternativas, considerando diversas posibilidades laborales y

profesionales, entablando amistades con distinta clase de gente, luchando con cierto grado de incertidumbre, mientras deciden acerca de sus compromisos futuros.⁴⁹

Los padres pueden desempeñar un papel importante al ayudar o frenar el desarrollo de la identidad de sus hijos. Aquellos con una identidad propia, bien definida, así como quienes pueden constituir modelos firmes, facilitarán la tarea de los adolescentes. Se establece una identidad personal cuando el individuo ha experimentado una consolidación de valores y objetivos vocacionales con los que ingresa a la adultez.⁵⁰

Durante la adolescencia parte de la identidad está dada por "La imagen corporal la cual es el conjunto de percepciones y presentaciones que sirven para evocar el cuerpo no sólo como objeto con propiedades físicas sino como sujeto o parte de uno mismo".⁵¹

Según Rivarola⁵², la imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que se va gestando desde la niñez y es en la adolescencia donde resulta trascendente para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima de las personas, especialmente en la adolescencia.

Es así como tanto la autoestima como la auto imagen son dos elementos psicológicos y físicos que influyen en el desarrollo de la adolescencia, y es que ambos contribuyen a la búsqueda de identidad del adolescente, donde el adolescente, espera reconocerse como individuo distinto a los demás, identificar su talento, posibilidades y sentirse valioso como persona que avanza hacia el futuro.

Asimismo, estos elementos hoy en día juegan un papel importante en los estilos de vida que adoptan los adolescentes, sobre todo referente a los hábitos nutricionales que desarrollan, y es que como lo refiere Golberg¹⁴ existe una asociación entre la baja de autoestima y el incremento de la obesidad, o bien de la presencia de algún trastorno alimenticio a su vez Beato y Rodríguez⁵³, consideran que los trastornos de alimentación así como el sobrepeso y la

obesidad son atribuibles a personas con depresión producto de una autoestima baja y por conseguir modelos estereotipados que los medios de comunicación difunden .

Desde el punto de vista psicológico, puede decirse que la autoestima es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes del propio potencial y las necesidades reales; de amarse incondicionalmente y confiar en uno mismo para lograr objetivos independientemente de las limitaciones que se puedan tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que corresponda interactuar.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. Es una época en la que se ponen sobre el tapete no pocas cuestiones básicas; piensan en la vocación, en los planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. Y a estos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez que no se hayan resuelto y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también.

Una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente. Un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

Un adolescente con autoestima: actúa independiente, asume sus responsabilidades, afronta nuevos retos, está orgulloso de sus logros, demuestra sus emociones y sentimientos, y tolera bien la frustración. En la "crisis de identidad" de la adolescencia, el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, o puede encontrarse tan confuso e inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. Sea cual fuere su aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoestima.

La autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

- a. Vinculación: resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.
- b. Singularidad: resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.
- c. Poder: consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.
- d. Modelos o pautas: puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

Por otro lado se tiene que destacar que la autoestima se forma desde el momento mismo en que se da la concepción, cuando el vínculo entre padres se

consume y las células sexuales masculina y femenina se funden para dar origen a la vida y comienza la carga de mensajes que se reciben primero de manera energética y luego psicológica.⁴⁷

Debido a que los pensamientos y emociones son manifestaciones de energía y en el organismo se presentan en forma de reacciones eléctricas y químicas, cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen por todo su cuerpo y que la criatura recibe y graba en su naciente sistema nervioso sin tener la suficiente conciencia como para comprender o rechazar lo que recibe a través de un lenguaje químico intraorgánico.

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia se da la bienvenida a la sexualidad y a la necesidad del joven de encontrarse a sí mismo. Se inicia la llamada "brecha generacional" y el tránsito hacia una mayor definición de la personalidad. Esta etapa es crucial ya que en ella surgen con fuerza la competencia y el deseo de ser mejor que los demás. El joven experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano y aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden y a huir de quienes no lo aceptan, desarrolla, con tal de ser querido, conductas muy específicas que se generalizarán hacia la vida adulta y donde influyen en su autoestima y auto concepto.⁴⁸

3.2.1.4. Desarrollo social

La madurez social en los adolescentes consiste en una mayor autonomía respecto de los padres y la autoridad adulta, en una modificación de las relaciones interpersonales y heterosexuales y en la madurez de la conducta.⁵¹ A medida que los adolescentes avanzan hacia la edad adulta, se espera que asuman mayor responsabilidad personal por su bienestar y los conflictos entre el adolescente y su familia pueden surgir, debido a la lucha de éste por afirmar su independencia. Sin embargo, el grado de tensiones o molestias que genere el progreso del

adolescente hacia la autonomía adulta, está influenciado por la dinámica familiar que precede a la adolescencia y continúa a través de ella.

Durante la adolescencia la necesidad de ser aceptado por el grupo de pares domina las interacciones sociales. Los jóvenes temen a sentirse excluidos por los demás y en sus intentos de establecer su autonomía respecto de los padres, ellos se vuelven hacia sus pares en busca de apoyo y con frecuencia se ven agobiados por dudas acerca de ellos mismos y por la falta de confianza en sus propias fuerzas. Los amigos ayudan a suavizar estos sentimientos de debilidad y las interacciones con ellos, son importantes campos de prueba de las cualidades interpersonales del adolescente y no deben ser interferidas.⁵¹

Se hacen frecuentes las largas conversaciones telefónicas y la formación de "pandillas", que sirven para compartir intereses y brindarse protección. Una vez que el adolescente ha llegado a pertenecer a un grupo, tiene influencia en sus otros miembros y ellos tienen influencia sobre el grupo. Aunque se considere no conformista, se moldeará a los hábitos de su grupo, le influirán no sólo en la forma de vestir sino también, en sus actividades sociales, gustos, conducta sexual, en que use o evite las drogas y en la búsqueda o rechazo de logros académicos, resumiendo, en los patrones básicos de su vida.⁵¹ El grupo de pares proporciona a los adolescentes experiencia en las situaciones sociales, apoyo durante los intentos de liberarse del control de los padres e influencia en el desarrollo de la personalidad. "El poder de los compañeros" sin embargo, no es total en la adolescencia y la mayoría de los adolescentes todavía tienen lazos positivos con sus padres, especialmente en relación con valores básicos y problemas importantes.

3.2.1.5. Etapas del desarrollo psicosocial

El desarrollo psicosocial implica el proceso de aprendizaje acerca de sí mismo en relación con los compañeros y los adultos, así como el proceso de desarrollar la identidad, la intimidad, la integridad y la independencia.

Estas diferentes tareas son enfrentadas en el transcurso de la adolescencia y pueden ser esquemáticamente agrupadas para su estudio, en tres etapas temprana, media y tardía, las cuales tienen una ocurrencia y duración variable, pues son influenciadas por particularidades genéticas y personales del individuo, así como por las condiciones ambientales. Por tanto, cada adolescente necesita un tiempo diferente para satisfacer las expectativas de su propio desarrollo (momento, "tempo" o ritmo de maduración) y en cuanto a la duración, será mayor en tanto más difícil le resulte el aprendizaje de la tarea evolutiva.⁴⁸⁻⁵³

Es ésta etapa de la vida importante para la salud porque durante ella se manifiestan rápidas modificaciones bioquímicas, anatómicas y fisiológicas en el organismo; generalmente iniciando con la pubertad y aparece primero en las mujeres que en los hombres, siendo así un periodo caracterizado por la madurez sexual y la activación de glándulas como la hipófisis, tiroides, suprarrenales y gónadas. Las hormonas que producen éstas glándulas provocan cambios en el cuerpo, como la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que comprenden la conformación física general del cuerpo, el desarrollo de los órganos sexuales, la aparición de vello púbico y axilar en el hombre y mujeres, así como el bigote y la barba en el hombre.⁴⁰

Es así como el complejo proceso de desarrollo adolescente tiene diferentes fases y dimensiones que no se excluyen mutuamente sino que se relacionan dinámicamente. Una de estas dimensiones, por períodos la más llamativa y conflictiva, es la de los cambios físicos profundos que deben pasar los adolescentes. Sus cuerpos cambian pero no sólo en forma física, sino que el proceso de crecimiento y desarrollo va introduciéndolos en una nueva identidad adulta cuyas representaciones sociales sobre el cuerpo comunica valoraciones positivas o negativamente a los jóvenes con respecto a su cuerpo.

En síntesis, durante la adolescencia el desarrollo físico es entonces desarrollo de la identidad en tanto imagen corporal. A través del cuerpo que crece se llega a la identidad adulta. El estudio psicológico y social de la adolescencia se fundamenta en tres orientaciones teóricas. La orientación teórica del desarrollo cognoscitivo (Jean Piaget), para quienes la adolescencia está caracterizada por un grupo de cambios cualitativos respecto de las maneras con que un individuo joven piensa acerca del mundo.

3.3. Adolescencia y nutrición

Durante la adolescencia la alimentación cobra una especial importancia debido a que los requerimientos nutritivos, para hacer frente a los cambios propios de ésta etapa, son muy elevados y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes. Además, es importante evitar posibles déficit nutritivos que puedan ocasionar trastornos de salud.⁵⁴

Se debe hacer frente a la alimentación del adolescente sabiendo elegir los alimentos que garantizan una dieta suficiente y equilibrada y organizando y estructurando las comidas a lo largo del día. Es importante conocer aquellas situaciones que pueden afectar a los adolescentes y en las que se debe llevar a cabo alguna modificación de la dieta (actividad física extra, conductas alimentarias inadecuadas, enfermedades agudas o crónicas, etc.)

La adolescencia es una etapa difícil de la vida, por cuanto supone la transición entre dejar de ser niño y empezar a ser adulto. La nutrición adecuada en este periodo entraña también dificultades por la personalidad más independiente del adolescente y por sus patrones de alimentación sociales, prescindiendo en ocasiones de comidas regladas que se sustituyen con frecuencia por "picoteos" y comidas rápidas, consumidas fuera del hogar.

Por otro lado, merece especial mención la preocupación que tienen los adolescentes en cuanto a su imagen corporal y que, en bastantes ocasiones,

condiciona a llevar cabo dietas restrictivas para acercarse a un patrón ideal de belleza, o bien el mantenimiento de ayunos prolongados para evitar “engordar”.

Las necesidades nutritivas en la adolescencia vienen marcadas por los procesos de maduración sexual, aumento de talla y aumento de peso. Estos procesos requieren una cantidad elevada de energía y de ciertos nutrientes; hay que tener en cuenta que el adolescente gana aproximadamente el 20% de la talla y el 50% del peso que va a tener como adulto. Estos incrementos se corresponden principalmente con el aumento de masa muscular y de masa ósea. Toda esta situación se ve directamente afectada por la alimentación que debe estar dirigida y diseñada para cubrir el gasto que se origina.

Se deben mantener las recomendaciones de una dieta sana y equilibrada. Con respecto a los hidratos de carbono y proteínas, las recomendaciones en cantidad y calidad son las mismas que para un adulto sano, sin olvidar que el aporte correcto de grasas supone cubrir adecuadamente las necesidades de ácidos grasos esenciales que el organismo no puede producir por sí sólo y de vitaminas liposolubles (A, D y E)

Las necesidades son muy distintas entre los adolescentes según sus circunstancias personales, por lo que no se puede generalizar, pero si dar unas pautas que sirvan de guía para llevar una alimentación que contenga cantidades suficientes de nutrientes para cubrir las necesidades de todos ellos de forma equilibrada.

Características generales de la dieta

- a. Variar al máximo la alimentación, incluso dentro de cada grupo de alimentos (distintos tipos de verduras, frutas, legumbres, carnes, pescados, etc.)
- b. Mantener los horarios de comidas de un día para otro y no saltarse ninguna.
- c. Comer despacio, masticando bien, en ambiente relajado, tranquilo, evitando distracciones (TV, radio, etc.)
- d. Comer ordenadamente; comenzar por el primer plato, después el segundo y por último el postre.
- e. Alimentos dulces, chocolates, refrescos, snacks (papas fritas, frituras...), repostería, pizzas, hamburguesas, etc. No hay porque omitir estos alimentos, pero

sí que es recomendable tomarlos en pequeñas cantidades y que su consumo sea ocasional sin dejar que se convierta en un hábito.

f. Se ha de tener en cuenta que dentro de grupo de alimentos, las calorías varía en función de la cantidad de grasa o de azúcares añadidos (leche entera o desnatada, carne magra o grasa, yogures azucarados o no...) y de la forma de cocinado (frito, plancha, horno, etc.)

Es así como parte de las conductas alimenticias que han desarrollado los adolescentes actualmente son:

1. Omitir el desayuno
2. Consumir durante el lunch alimentos poco nutritivos y con alto nivel energético
3. Picar entre comidas
4. Saltarse algunas de las comidas
5. Realización de dietas sin control de profesionales
6. Mantienen una alimentación poco balanceada.

3.4. Valoración del peso corporal

Para valorar el peso corporal, se puede hacer uso de la simple inspección, para tener un criterio subjetivo, sin embargo es necesario el uso de indicadores objetivos como los que proporciona la antropometría nutricional la cual, ha sido definida por Foz en 1998, como la medición de las variaciones en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano en diferentes edades y grados nutricios.²⁴

Existen dos tipos de índices antropométricos, los relacionados con el crecimiento y los que miden la composición corporal, los primeros se refieren principalmente al peso y la talla, las mediciones de la composición incluyen la medición de pliegues de grasa subcutánea, el cálculo de áreas de grasa y muscular en extremidades y la estimación del porcentaje de grasa corporal a partir de distintas mediciones antropométricas.

Según Jellife en 1990; el peso es el reflejo de la masa total de un individuo medida en kilogramos, y la talla es la sumatoria de la longitud de los segmentos del cuerpo, medida en centímetros.

Con la valoración del peso y talla, se busca una condición que es básicamente la desnutrición por déficit o exceso en el consumo de alimentos, en el primero, donde existe un balance negativo de energía, que produce depleción de los depósitos de grasa, y músculo a largo plazo, con un deterioro en crecimiento lineal; y en el caso de la ingesta de energía en cantidades mayores a las que se gastan, produciéndose así una acumulación en forma de grasa, produciéndose así un exceso de tejido adiposo.

Para realizar una valoración del peso de los adolescentes se requirió obtener las mediciones antropométricas y construir el índice, que es la combinación de dos o más mediciones, por lo que en el presente trabajo se hizo uso del índice de masa corporal (IMC) que se obtuvo al dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de su altura en metros; en el caso de los adolescentes el IMC está cambiando sustancialmente con la edad y el sexo, y se

basa en que la restricción en la ingesta calórico voluntaria o por otros factores, produce reducción en el peso corporal, y por el contrario cuando el consumo es superior al gasto se produce riesgo de sobrepeso o sobrepeso; por lo que se definieron puntos de corte relacionados con ésta basados en percentiles, de acuerdo a lo establecido por el Center for Diseases of Control en el 2000.

En el caso de los adolescentes para determinar el IMC se tomó la clasificación que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) en base a la fórmula antes mencionada clasificandose de la siguiente forma: IMC menor a 18.5 kg/m² se clasificó para bajo de peso; de 18.6 a 24.9 como peso normal; de 25.0 a 29.9 como riesgo de sobrepeso y de 30 a 34.5 kg/m² como sobrepeso.⁵⁵

Por lo que la clasificación del estado nutricio se realizó de acuerdo a los puntos de corte para edad y sexo en percentiles, la clasificación consistió : a) bajo de peso IMC en percentil ≤ 5 ; b) peso normal con IMC del percentil 5 al < 85 ; c) riesgo de sobrepeso IMC en percentil ≥ 85 pero < 95 y d) sobrepeso IMC que correspondía al percentil > 95 .⁵⁶

Para el trabajo se consideró la no percepción como sobreestimación cuando lo referido por el adolescente fue mayor al peso corporal real y subestimación cuando lo referido por éste fue menor al peso corporal.

3.5. Alteraciones en el peso corporal

En los últimos años el peso corporal ha representado una preocupación importante para los adolescentes, llegando a situaciones en las que se pueden generar trastornos de origen psiquiátrico como la anorexia y bulimia y en otros casos con una diferente etiología pero sin ser menos importante el incremento de sobrepeso y obesidad en los adolescentes.

Ambas situaciones extremas en su momento son indicativas de la nueva problemática social a la que se enfrentan los jóvenes, siendo necesario contar con una panorámica general de este tipo de situaciones que ocasionan alteraciones en el peso corporal.

3.5.1. Sobrepeso y Obesidad

El ritmo de depósito y de utilización de grasas dentro del tejido adiposo está fuertemente determinado por la ingesta de la dieta y por el gasto energético, pero algunas hormonas y el sistema nervioso simpático influyen notablemente en el metabolismo graso de los adipocitos; Las principales hormonas responsables del crecimiento del tejido adiposo son la insulina y las hormonas femeninas (17-B-estradiol).

Las personas con obesidad presentan un exceso en el número total de células grasas. Esta incontrolada proliferación celular es debida a la existencia de clones de células precursoras con una capacidad aumentada para multiplicarse y diferenciarse. Asimismo parece ser que dichas células no sólo se multiplican con mayor rapidez sino que poseen una mayor capacidad de trabajo, incorporando más lípidos del torrente sanguíneo que las células de una persona normal y aumentando de esta manera la susceptibilidad para desarrollar este problema.²⁴

Sea cual sea la etiología de la obesidad, el camino para su desarrollo es el mismo, un aumento de la ingestión y/o una disminución del gasto energético.⁵⁷ Los lípidos procedentes de la dieta o sintetizados a partir de un exceso de

carbohidratos de la dieta, son transportados al tejido adiposo como quilomicrones o lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Los triglicéridos de estas partículas son hidrolizados por la lipoproteín lipasa localizada en los capilares endoteliales, introducidos en el adiposito y reesterificados como triglicéridos tisulares. Durante los períodos de balance positivo de energía, los ácidos grasos son almacenados en la célula en forma de triglicéridos; por eso, cuando la ingestión supera el gasto, se produce la obesidad. En la medida en que se acumulan lípidos en el adiposito, este se hipertrofia y en el momento en que la célula ha alcanzado su tamaño máximo, se forman nuevos adipositos a partir de los preadipocitos o células adiposas precursoras, y se establece la hiperplasia. El paciente muy obeso que desarrolla hiperplasia y comienza a adelgazar, disminuirá el tamaño de los adipositos, pero no su número. Este hecho tiene una relevancia especial en la obesidad de temprano comienzo, en la niñez o la adolescencia, en la cual prima la hiperplasia sobre la hipertrofia, y como resultado es más difícil su control, pues hay una tendencia a recuperar el peso perdido con gran facilidad y de ahí la importancia de la vigilancia estrecha en el peso de los niños y adolescentes, porque las consecuencias pueden ser graves.⁵⁷

En el caso de la obesidad de comienzo en la adultez, predomina la hipertrofia sobre la hiperplasia, por lo cual su tratamiento suele ser más agradecido, pero no por eso fácil. Por otra parte, se sabe que la distribución de los adipositos y su capacidad de diferenciación, está condicionada genéticamente,⁵⁸ por eso, mientras mayor sea la fuerza genética para la obesidad, mayor será la probabilidad de que este proceso se desarrolle con el menor esfuerzo y la mayor rapidez.

Dentro de las principales causas se encuentran:

Factores genéticos: Está ampliamente demostrado que existe una fuerte predisposición familiar en el desarrollo de la obesidad. Por ejemplo, el 50% de la descendencia en familias con padres obesos padecerán obesidad. Otro estudio ha demostrado que los hijos adoptados de padres biológicos obesos tienen más

propensión a problemas de sobrepeso que la población normal aunque los padres adoptivos no padezcan ese problema.^{59,60}

Todos estos hechos, a su vez, los familiares de primer grado de los individuos con obesidad de comienzo en la niñez o en la adolescencia, tienen el doble de probabilidades de ser obesos que aquellos con obesidad de comienzo en la adultez. Además, aun cuando la obesidad más frecuente no siga un patrón mendeliano, parece ser que los genes contribuyen hasta en un 30 % en el nivel de grasa visceral, no así a la subcutánea. También está el hecho de que una predisposición genética a la obesidad pudiera ser el resultado de la herencia de una eficiencia metabólica alta, ya que el nivel de metabolismo basal tiene un componente genético.⁶¹ Después de ajustar la tasa metabólica para tejido magro, edad y sexo, el 40 % de variación restante también tiene un importante componente genético. En resumen, todo parece indicar que en la mayoría de los casos, la obesidad responde a la interacción de múltiples genes y del ambiente.

Sexo: Un estudio epidemiológico entre la población Americana revela que las mujeres son más propensas a padecer problemas de obesidad que los hombres. Una posible causa de que las mujeres tengan mayor tendencia a padecer sobrepeso puede ser que éstas tienen mayor proporción de tejido adiposo (grasa) en su cuerpo (25%) en comparación con los hombres los cuales sólo tienen un 15% de su peso corporal total en forma de grasa.

- Factores socioeconómicos: Diferentes grupos étnicos pueden tener diferentes ideales acerca del peso corporal. En determinadas civilizaciones la obesidad se interpretaba como un estado de bienestar socio-económico.
- Embarazo: Para muchas mujeres, el inicio de la obesidad coincide con el embarazo. Parece ser que durante la primera fase del embarazo hay un aumento de ingestión de alimentos mientras que en las fases tardías hay una disminución de la actividad física. Asimismo el desequilibrio hormonal que se produce durante el embarazo con un aumento importante de hormonas femeninas (estrógeno y prolactina) favorecen el crecimiento del tejido adiposo.

- Neuroendocrinología: sólo el 3% corresponden a los casos de obesidad y dentro de las cuales se encuentra: alteraciones hipotalámicas, hipofisarias, suprarrenales, hipotiroidismo grave, síndrome de ovario poliquístico.
- Problemas Psicológicos: depresión autoestima baja, inseguridad personal, miedos temores, ansiedad.

Siendo así los principales signos y síntomas de la obesidad:

- Exceso de peso
- Incremento de grasa corpórea
- Signos y síntomas de otros procesos patológicos asociados a la obesidad
- Problemas psicológicos: depresión autoestima baja, inseguridad personal, miedos temores, ansiedad.

Es así como también los problemas psicológicos se han convertido en unas de las principales causas de presentar sobrepeso y obesidad en los adolescentes, siendo así que para los adolescentes actuales la autoimagen y autoestima juegan un papel muy importante en la presencia de sobrepeso y obesidad, ya que esta demostrado que existe una relación entre la presencia de éstas con la depresión,¹⁴ a la vez de que los adolescentes obesos presentan ansiedad y depresión¹³, generándose así un círculo vicioso.

Por su parte Shadle⁶², los adolescentes que presenten sentimientos de aburrimiento, cansancio, enojo, tristeza, los cuales llevan a consumir alimentos para confortar su estado de ánimo, son factores que los predisponen a ser obesos, tendiendo a referir los adolescentes miedos constantes, baja autoestima, inseguridad personal, así como distorsión de la imagen corporal.

3.5.2. Anorexia

Es un trastorno reconocido, desde hace largo tiempo caracterizado por una pérdida de peso, sin una causa física obvia. Se produce predominantemente en mujeres sobre todo adolescentes. La Anorexia es una enfermedad psicológica con consecuencias físicas. Es el resultado de una intrincada interacción de factores bio-psicosociales (Biológicos, psicológicos y sociales). Usualmente la enfermedad se hace evidente (marcada delgadez, desordenes en la personalidad, etc.), y puede "dispararse" en medio de una crisis generada por circunstancias adversas en la vida de la persona. La Anorexia desencadena desordenes en el comportamiento alimenticio que alteran de forma total la vida personal, familiar y social del ser afectado.⁶³

A la anorexia se le considera un síndrome por lo complicado de su etiología ya que presenta características diferentes en cada individuo afectado ya que los traumas subyacentes que pueden originar o contribuir al desarrollo de la enfermedad son consecuencia de la experiencia individual del paciente, sin embargo, si no existieran una lista de síntomas y etiologías comunes para la mayoría de los pacientes afectados, no se podría idear una política efectiva para combatirla dentro de los gremios médicos, psicológicos y otras disciplinas relacionadas con su tratamiento.⁶⁴

La descripción de Anorexia más usada en los últimos años es la que creó la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 1987.⁶⁵ Es este mismo organismo quien maneja la sintomatología más conocida y aceptada en los gremios de la salud física y mental alrededor del mundo, aunque sólo describe con exactitud los rasgos de la enfermedad en su etapa aguda, cuando el ser afectado necesita ser internado para su recuperación. Por esta razón los casos de muchas personas que no se ciñen con exactitud a todos los síntomas de esta lista por hallarse en una etapa menos avanzada de la enfermedad, no son diagnosticados como Anoréxicos sino como afectados por un Trastorno del Comportamiento Alimentario no especificado de otra manera (NOS).

Dentro de los principales síntomas de la anorexia se encuentran:⁶⁵

1. Rechazo a mantener el peso corporal a nivel o por encima del peso mínimo normal que le corresponde por la edad y la estatura.
2. Temor intenso a aumentar de peso o volverse obeso, aun pesando menos de lo normal.
3. Alteración en la propia percepción del peso, la talla y la silueta corporal.
4. En las mujeres ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales - amenorrea-. En general, usted puede estar absolutamente seguro de que una persona tiene anorexia si observa las siguientes tres semanas de alarma constantes y esenciales:
5. Mantenimiento deliberado de ese peso corporal mediante dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos, o una combinación de los tres.
6. Síntomas de inanición.

El rasgo común de este desorden alimenticio, es el intentar a como de lugar, mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Periodos de ayuno, conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo, y/o la purgación después de una comida regular, son los síntomas otros de estos síntomas. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos periodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer "chucherías", particularmente dulces, toman grandes cantidades de café y/o fuman.

Dentro de los principales peligros a los que se enfrentan las personas que padecen anorexia son: el primero es que la persona afectada se convierta en un enfermo agudo y finalmente muera producto de una disfunción de sus órganos internos o se suicide; el segundo es que la víctima de este trastorno se convierta en un paciente crónico y durante muchos años esté inmerso en un infierno constante.

Las personas anoréxicas pueden perder hasta un 40 % de su peso corporal. Debido a esa inanición el cuerpo se hace vulnerable a muchas enfermedades, y hasta las infecciones suaves pueden constituir una amenaza mortal. La desaparición de la grasa protectora del cuerpo vuelve a las mujeres anoréxicas vulnerables a la hipotermia, lo cuál a su vez provoca edemas o retención de agua y la aparición de lanugo -vello muy fino en la cara-. Las mujeres anoréxicas son físicamente débiles y aunque su frenética actividad se confunde a veces con un signo excelente de salud muchas veces sufren de fatiga. Sus sistema físicos está fallando y el vértigo, el dolor de cabeza, el insomnio, la deshidratación, las alteraciones dentales, se vuelven cosas cotidianas. A menudo pierden la menstruación (amenorrea), se les cae el pelo o se les pone seco, quebradizo y pierde color, mientras que la piel se les enrojece o seca y se les vuelve áspera y descamada. El sistema simpático también se resiente y con él su efecto: prepararse para situaciones urgentes o peligrosas. En casos muy graves se dan arritmias cardíacas y bradicardias, osteoporosis, daños renales y hepáticos, hipertrofia parótida -inflamación de la glándula parótida-, infarto y finalmente la muerte, producto de el daño sistémico.⁶⁶

La anorexia retarda impide el crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad. Cuando la anorexia empieza antes de que la niña llegue a la pubertad, no pasa por los cambios puberales esperados. Una niña de once años que se vuelve anoréxica grave, no crece de talla y no experimenta los demás cambios óseos y de forma corporal que la pubertad ocasiona, de modo que su pelvis sigue siendo estrecha y sin forma. Su pelo y su piel son los de una niña. No desarrolla los pechos, las caderas. Como sus hormonas continúan siendo las de una niña, no se produce la menstruación y no experimenta los cambios hormonales de la pubertad.

En los varones la falta de elementos plásticos, energéticos y oligoelementos en la alimentación lleva al varón a la pérdida del deseo sexual y a dificultades erectivas o eyaculación precoz.

Otro peligro físico es que en el proceso médico de recuperación de un paciente con anorexia aguda se debe tener sumo cuidado con la renutrición del cuerpo. Una cantidad excesiva de comida al día puede causar que las pacientes sufran de reacciones extrañas del organismo -como secreción desmedida de sustancias para procesar la comida que terminen devorándose al paciente- o reventar el debilitado tracto digestivo o el estómago. Este último en víctimas agudas se ha reducido de forma considerable casi cometiendo autofagia.

Dentro de las principales consecuencias a las que se enfrentan los pacientes con anorexia⁶⁷ son:

Las personas anoréxicas son capaces de trabajar muy duro y de hacer un trabajo mecánico o de recopilación de datos con gran eficiencia. Sin embargo, cuando se les piden opiniones, ideas o respuestas personales, se sienten incapaces de darlas pues en el transcurso de su enfermedad han perdido el suficiente 'yo' como para tener una opinión propia sobre algo, y el concentrarse en el proceso de encontrar sus propias ideas y sentimientos se vuelve algo agotador.

Casi siempre una persona anoréxica se aísla de las demás para poder desarrollar a plenitud sus patrones de conducta obsesivos sin ningún tipo de restricciones. Dejar de comer y ser, en la medida de lo posible, una persona funcional obsesionada con el bajar de peso hasta la muerte, no deja espacio para otras cosas o para las amistades. Sin embargo, no se trata solo de que la persona se ha apartado del intercambio social normal; su conducta significa que su desarrollo se ha estancado en el punto donde estaba cuando le empezó a preocupar la enfermedad y la priva del tiempo que debe pasar experimentando con la interacción social... con las consecuencias que eso conlleva.

3.5.3 Bulimia

El término bulimia proviene del griego bous (buey) y limos (hambre) - hambre de buey-. La bulimia es una enfermedad psicológica con consecuencias físicas. Las personas afectadas experimentan episodios incontrolables de ingestión masiva de los alimentos, estos pueden estar seguidos de vómito autoinducido, purgación, temporadas de inanición, uso de diuréticos, o la búsqueda de cualquier tipo de método que les asegure que sus ataques de "hambre voraz" no les haga subir de peso, pues las personas bulímicas expresan una preocupación por su imagen corporal -debido a la dismorfia corporal que les presenta una imagen distorsionada de su cuerpo- que raya los límites del pánico. Este desorden del comportamiento alimenticio es el resultado de una intrincada interacción de factores bio-psicosociales -biológicos, psicológicos y sociales-, este mal llega a alterar de forma total la vida personal familiar y social del afectado; convirtiéndose así en un problema costoso.⁶⁸

Así a continuación se describen de los principales síntomas de las personas con Bulimia según la clasificación de Desórdenes Psiquiátricos del DSM IV propuestos por Halmi en 1985.⁶⁹

1. Repetición de episodios de atiborramiento de comida (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período de tiempo corto).
2. Sensación de pérdida de control de la conducta alimentaria durante las comilonas.
3. La persona regularmente se induce el vómito, toma laxantes o diuréticos, ayuna o se pone a dieta estricta, o hace ejercicios físicos enérgicos para no engordar.
4. Un término medio de dos atracones por semana durante por lo menos tres meses.
5. Preocupación continua y obsesiva por la silueta y el peso.

Además de los anteriores síntomas se pueden presentar las siguientes características:

- * Esconder alimento y comer a escondidas.
- * Acabar la comilona con dolores abdominales, sueño o un vómito.
- * Fluctuaciones de peso por encima de los 4 kilos anuales.
- * Episodios recurrentes de atracones de comida.
- * Antecedentes de dietas frecuentes.
- * Síntomas de depresión . Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
- * Excesivo temor a engordar.
- * Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.
- * Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia también desarrollaran bulimia.

Algunos de los principales peligros a los que se enfrentan las personas con bulimia son:

En lo primero que una bulímica pensará tras cometer un atracón es en "meterse las manos a la garganta" para vomitar algunas se acostumbran tanto a hacerlo que lo provocarán casi que automáticamente, sin mucho esfuerzo. El vómito no hace sentir nada bien a la enferma, fuerza el sistema de cualquiera, tiende a elevar la frecuencia cardíaca y a producir después síntomas similares a los del estado de shock: sudoración, escalofríos y debilidad.

Las personas con bulimia pueden vomitar hasta seis veces en el día, en principio este comportamiento pretende que la afectada o el afectado no suba de peso pero luego termina siendo una compulsión irresistible. Como los enfermos tratan de que su enfermedad pase desapercibida llega a darse el caso de que la persona posea llagas perpetuas en el dorso de la mano producto de su mecanismo para vomitar o que estando aparentemente normal deba ser llevada de urgencia al hospital debido a perforaciones en el esófago, la garganta y la lengua, producto de los ácidos que brotan de su estómago cada vez que vomita.

Las náuseas crónicas provocan daños en la garganta y en el esófago. Los atracones y los vómitos repetidos, o el uso constante de laxantes, producen trastornos estomacales y gastrointestinales, asimismo la descalcificación de los dientes es otro de los problemas frecuentes a los que se enfrentan las personas con este problema.

Una lista de los problemas físicos más comunes a las personas bulímicas son:

- ❖ Deterioro del esmalte dental (como consecuencia del vómito constante).
- ❖ Trastornos digestivos
- ❖ Irritación de la garganta y la boca
- ❖ Desequilibrio mineral
- ❖ Soledad, aislamiento social
- ❖ Baja autoestima, odio a sí mismo
- ❖ Vergüenza, auto repulsión
- ❖ Cambios de carácter incluyendo: depresión, tristeza, sentimientos de culpabilidad y odio hacia sí mismo.
- ❖ Debilidad muscular
- ❖ Ritmo cardíaco irregular
- ❖ Necesidad de aprobación de los demás
- ❖ Edema parotídeo
- ❖ Eritemas de esfuerzo

3.6. Estudios relacionados

En los últimos años la adolescencia en relación con todos los cambios que se generan en ésta etapa ha sido objeto de múltiples investigaciones sobre todo encaminadas a identificar otras dimensiones del problema.

Uno de los estudios realizado por Miñana y Dalmau²⁵ en España durante el 2003 reporta la prevalencia de obesidad en los jóvenes de 13 años de un nivel socioeconómico y educativo menor así como también realiza un propuesta de las actividades que se pueden realizar por los profesionales de la salud desde la atención primaria.

Albana Doratioto durante el 2000 en Brasil el determinar el riesgo de sobrepeso y obesidad fue su objetivo general en su investigación con 92 alumnos de una secundaria, reportando que para los varones el riesgo de encontrarse en alguno de los 2 estados es de 27.9% y 4.6% respectivamente y el riesgo de obesidad es más incidente en las mujeres con 16% encontrando así una diferencia significativa del estado nutricional entre ambos sexos ($p=0.022$).²⁶

En Estados Unidos Piruznia⁹ reporta que las principales causas del sobrepeso y obesidad en los adolescentes es atribuible a factores como son el conocimiento de nutrición, las necesidades fisiológicas, las preferencias alimentarias, las normas sociales, las experiencias personales y por otro lado a los cambios propios de la etapa, siendo la primera una de las principales causas.

En nuestro país uno de los estudios de tipo cuantitativo realizados durante el 2000 por Briones Ortiz y Cantú Martínez para determinar el riesgo de sobrepeso y obesidad en 120 adolescentes de una secundaria pública, reporta que los adolescentes en un 86% desconocen sobre aspectos nutricionales y que los varones en un 42% presentan obesidad y 37% en las mujeres, sin embargo la asociación de genero en cuanto al estado nutricional no existe significancia estadística ($p > 0.05$)¹².

Así mismo en Querétaro durante el 2006 Aguilera Barreiro et al, al estudiar a 1232 adolescentes de una secundaria que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en los varones con un 13% y las mujeres tenían una alta prevalencia de bajo peso en un 15%, reportando que en un 13% del total de los adolescentes presentaban desnutrición ya fuera por déficit o por exceso.⁸

Una de las investigaciones realizadas en Estados Unidos por Paertakul Sahasorn et al., en el 2002 de tipo cualitativo con 5440 adultos cuyo objetivo principal era comparar la percepción que ellos tenían con respecto al sobrepeso durante los años de 1994 a 1996, y cual era la percepción actual después de 2 años de tratamiento, considerando factores como sexo, raza, nivel socioeconómico, encontrando como resultado, que la percepción del cuerpo normal, era lo estipulado de acuerdo con el Índice de masa corporal (18 a 25), siendo más común la percepción de normalidad en personas de piel blanca que en las de color negra, y que es más perceptible en las mujeres, con altos niveles educativos; en cuanto a la percepción correcta e incorrecta de sobrepeso fue más común en las personas con peso normal de tez blanca que en las de piel negra, siendo así que los varones con sobrepeso y obesidad lo percibieron correctamente a diferencia de los hispanos y los negros.³⁵

Sin embargo uno de los estudios relacionados con la percepción es el que se llevo a cabo en Estados Unidos, durante el 2004 por D Nancy et al y de tipo cuantitativo con estudiantes de una preparatoria sobre la “asociación entre la percepción del peso y el índice de masa corporal” se encontró que menos del veinte por ciento perciben sobrepeso, y en realidad presentan peso por debajo de lo considerado como normal de acuerdo al IMC.³⁶

En otro estudio realizado por Rita Peralta Rivera⁷⁰ sobre “ percepción de mujeres adolescentes sobre su peso corporal “ encontró que las adolescentes afirman que el sobrepeso es malo para la salud y los entrevistados a cerca de si se siente bien con sí mismos respondiendo que sí en el caso de las mujeres. Esta mejor autopercepción de las mujeres sobre los hombres se invierte luego: ante la misma pregunta responden afirmativamente los hombres entre los 13 a 17 años.

Otro trabajo realizado por Perpiña y Baños⁷¹ denominado " Distorsión de la imagen corporal: Un estudio cuanti-cualitativo en adolescentes " donde se evaluó la percepción de la imagen corporal en 83 adolescentes de sexo femenino mediante la utilización de la técnica del calibrador móvil .La muestra se dividió en tres grupos de "peso percibido": kilos de menos percibidos, peso justo percibido y kilos de más percibidos. Los resultados mostraron que todos los sujetos (excepto el grupo de kilos de menos percibidos) sobre-estimaron su peso. Además comprobamos que en todos los grupos existía una tendencia generalizada a sobre-estimar su tamaño corporal, pero ésta era más marcada en los grupos que se alejaban de la "delgadez percibida". Donde se concluye que la sobre-estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real.

En otro estudio realizado por Arásola et al²⁸ titulado "Anorexia: Cuidos de Enfermería y Educación Sanitaria", cuyo objetivo principal establecer un protocolo educativo y orientativo para disminuir las reincidencias de las pacientes anoréxicas, haciendo uso de sólo 4 historias clínicas, concluyendo la importancia de un tratamiento individualizado con terapia combinada, así como la participación indudable de Enfermería en la recuperación.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- 4.1. Describir a los sujetos de investigación en base a sus características sociodemográficas
- 4.2. Analizar las percepciones de los adolescentes sobre su peso corporal reportada a través de la entrevista.
- 4.3. Analizar las percepciones de los adolescentes sobre su peso corporal reportada a través de la visualización de una serie de imágenes.
- 4.4. Conocer el índice de masa corporal de los adolescentes .
- 4.5. Comparar las percepciones que reportan los adolescentes de forma verbal y por imágenes de su peso corporal con el índice de masa corporal real.
- 4.6. Describir la conducta alimentaria de los adolescentes y la relación con su percepción del peso corporal.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

El estudio se fundamentó en la investigación cualitativa, lo que implicó considerar como sujeto de estudio, a las personas en determinada condición social, con sus creencias, valores y significados, considerado como objeto contradictorio, inacabado y en permanente transformación.⁷²

En éste sentido se decidió llevar a cabo una investigación bajo éste enfoque, ya que se pretendió responder cuestiones muy particulares, que atendieron a un nivel de realidad como son las percepciones de los adolescentes, en éste caso juicios que no pueden ser cuantificados, por lo que se pretendió encontrar ese espacio profundo como la subjetividad del fenómeno y las relaciones que no pueden ser reducidas a operacionalización de variables^{73, 74}, sobre todo por que la naturaleza de éste tipo de investigaciones es social, y generó para el área de la salud en éste caso enfermería, importantes contribuciones para el análisis de dicho fenómeno, considerando así que la salud y la enfermedad no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, como lo refiere Laurel en 1975 y citadas por Castro en el 2003, éste tipo de procesos debe ser entendida como dos momentos de un mismo fenómeno.⁷⁵

Por otro lado se consideró llevar a cabo una investigación cualitativa, porque se trabajó con los significados de las acciones, creencias, valores y actitudes de las relaciones humanas, como lo refiere Minayo en el 2002, el énfasis estuvo en comprender y analizar las dinámicas de las relaciones sociales establecidas como una vivencia y experiencia en lo cotidiano, comprendidas dentro de las estructuras e instituciones, por lo que una vez que se caminó bajo este aspecto subjetivo se requirió un referencial de colecta y de interpretación diferente a lo cuantitativo.

5.2. Lugar de estudio y contexto de informantes

El lugar de estudio fue un colegio privado, ubicado en el poniente de la capital de San Luis Potosí, fue fundado alrededor de los años 50's, desde sus inicios se imparten los niveles preescolar, primaria y secundaria.⁷⁶ En el periodo escolar 2006-2007 se encontraban inscritos en el nivel de secundaria 342 alumnos, el horario de clases es de 7:20 a 14:30 hrs, los alumnos tienen programadas 8 clases diarias de acuerdo al programa de la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 1993⁷⁷, con 2 recesos, el primero a las 10:30 hrs. con duración de 30 minutos en el cual los alumnos consumen su lonche que generalmente consiste en: tortas, acompañadas por jugo artificial o bebida gaseosa; otros alumnos traen lonche de su casa pero no lo comen y acostumbran a comprar en la cafetería escolar donde encuentran disponible alimentos poco nutritivos como son las papas fritas, acompañadas de una bebida gaseosa generalmente y posteriormente juegan alguna actividad deportiva.

El segundo receso es a las 12:30 hrs, tiene una duración de 15 minutos durante los cuales, los alumnos tienen oportunidad de consumir alimentos, este receso es aprovechado por quienes no consumieron los alimentos por estar realizando alguna actividad como deportes, o acuden a la cafetería a comprar "algo" que les quite el apetito.

Durante la semana tienen 2 horas programadas para realizar actividad física, una hora para la clase de educación física y otra hora a la clase de deportes, ambas clases se consideran obligatorias. Los alumnos que están interesados en pertenecer a alguna selección deportiva acuden de 2 a 3 veces por semana después del horario de clases y realizan hora y media estas actividades.

Otros alumnos al salir de clases, realizan otras actividades extraescolares y acuden a los centros donde venden comida rápida a consumir alimentos o esperan hasta llegar a la casa a comer algo para después ver la televisión antes de hacer la tarea, algunos refieren que pasan periodos de ayunos prolongados porque "no desean engordar" y cuando consumen algo generalmente es agua y un yogurt, ésta situación es dada tanto en el sexo masculino como en el femenino.

La mayor parte de los padres son trabajadores, en los casos en que los alumnos acuden a casa a comer, también compran alimentos ya preparados o de preparación instantánea y en ocasiones es lo último que vuelven a comer durante el día. Estas situaciones que en la particularidad han referido los jóvenes es una situación habitual que se vive en la cotidianidad, que los fines de semana no son la excepción, agregándole que por levantarse más tarde algunos olvidan comer o bien quien lo hace es frente a la televisión acompañado de alimentos “ chatarra”, lo que ellos denominan como alimentos modernos.

5.3. Selección de muestra y técnica de colecta de datos

Para la selección de los participantes se consideró un muestreo de tipo teórico que se sustenta en la selección de los informantes considerados como claves para entender el objeto relativo a la investigación, en éste caso del muestreo teórico lo importante fue el potencial de cada adolescente que decidió participar de forma voluntaria, considerando así la representatividad de cada uno de los grupos y obtener de manera diversificada la información requerida para la investigación.⁷⁴

Por lo que los participantes de la investigación fueron veintidós alumnos que cursan la secundaria, esto debido a la independencia que presentan en ésta etapa y porque se puede seguir dando un seguimiento en los próximos años de vida escolar dentro del instituto, porque en éste se encuentra también el nivel medio superior, la mayoría de los alumnos al concluir la secundaria continúan sus estudios en dicha institución, de la misma forma que se mantiene contacto permanente con los alumnos.

Se consideró al menos la participación de 2 alumnos por grupo, de los once ya conformados institucionalmente; de éstos 2 alumnos por grupo uno debía ser del sexo femenino y otro del masculino, esto para contar con heterogeneidad de los datos por sexo, la selección de los estudiantes se hizo al azar para evitar la estigmatización de los alumnos por su peso actual, a la vez considerar la información que pudieron proporcionar los alumnos con diferentes pesos. Los

grupos participantes fueron: 4 grupos de 35 alumnos cada uno de primer año, 4 grupos de 32 alumnos de segundo año, 3 grupos de 34 alumnos de tercer año.

Antes de proceder a la selección se envió a los padres de familia y a los alumnos la carta de consentimiento informado, los que estuvieron de acuerdo se les colocó en una lista por grado y grupo, posteriormente se solicitó pasar a los grupos; cuando se acudió a los salones la investigadora llevó dos peceras una para cada sexo, en cada pecera se colocaron en tarjetas dobladas el total de alumnos, de los cuales se obtuvo su consentimiento y el de sus padres, considerando que uno de ellos diga "sí" participa y el resto "no" participa, los alumnos pasaron y tomaron las tarjetas, entregándolo inmediatamente a la investigadora, de esta forma se garantizó la participación de todos los alumnos, a la vez que permitió los registros en las listas de los alumnos que fueron seleccionados; posteriormente se les solicitó que pasaran con el investigador para acordar fecha y hora de las entrevistas que les fueron realizadas, así como de la toma del índice de masa corporal, por lo que siempre se les garantizó que la información obtenida se manejaría de forma confidencial y con fines académicos (ver anexo 2, anexo 3)

Con respecto a la colecta de información, ésta se llevó a cabo mediante una entrevista semi-estructurada, porque se consideró que a través de ésta se genera un proceso de interacción social entre las personas, y a través de las entrevistas se obtiene información así como datos concretos y subjetivos que se refieren a la opinión de los sujetos.^{78, 79, 80}

Las entrevistas las realizó el investigador y dieron inicio con una pregunta detonadora: ¿cómo consideras tu peso corporal? para iniciar la identificación de una forma verbal de su percepción con respecto a su peso corporal, posteriormente fueron transcritas integralmente para su análisis.

Para obtener información de su percepción expresada de forma verbal, al concluir la entrevista se le presentaron al adolescente una serie de imágenes corporales; cada conjunto estuvo conformado por 7 imágenes en orden ascendente de peso de izquierda a derecha; las imágenes que representaron bajo peso fueron la 1 y la 2, que correspondían al percentil menor de 5; las imágenes

que representaron el peso normal fueron la 3, 4, 5 y correspondían del percentil 15 al < 85 ; la imagen 6 para el riesgo de sobrepeso , que comprende del percentil menor de 85 a 95; y el sobrepeso es la imagen 7 y correspondía del percentil mayor a 95; éstas imágenes fueron creadas tomando en cuenta la edad, peso corporal y sexo, por un diseñador gráfico y fueron modificadas por dos expertos en evaluación nutricional como Millard - Scott en el 2003 además que han sido utilizadas en estudios similares por la Universidad Autónoma de Nuevo León (ver anexo 8).

La recuperación de la percepción corporal a través de las imágenes tuvo la finalidad de determinar la asociación que existe entre la realidad dada por el índice de masa corporal con la forma en cómo el adolescente se está percibiendo y como considera que lo perciben los demás y probablemente sirva como determinante para el establecimiento de alguna alteración alimenticia a la vez que también se relacionará con los datos obtenidos durante la entrevista

También se realizaron mediciones de peso y talla (ver anexo 9) con una báscula hospitalaria de marca Tanita (ver anexo 10). La medida del peso en kilogramos se realizó con los individuos con ropa ligera y descalzos. Para medir la talla se solicitó a los participantes colocarse en la posición de pie con los pies ligeramente separados en un Angulo de 45° , brazos a los lados del cuerpo y con el tronco en posición derecha sin flexionar. Posteriormente se calculó el IMC con la fórmula $\text{peso} / \text{talla}^2$, lo que significó que el resultado se expresó en kg/m^2 esto es que son los kilogramos por cada metro cuadrado de superficie corporal, posteriormente se hizo su traslado a percentiles acuerdo a lo establecido por el Center for Diseases of Control en el 2000 .

Por lo que la definición temática de la percepción del adolescente sobre su peso corporal fue el juicio referido por el adolescente a la pregunta como ¿consideras tu peso corporal? (percepción por palabras), y a la selección de la imagen que mejor representó su peso corporal (percepción por imágenes).

Se clasificó como percepción adecuada cuando lo referido por el adolescente mostró coincidencia con el peso corporal obtenido de acuerdo a la clasificación del IMC convertido en percentiles del Centers for Disease of Control

(CDC, 2000).⁵⁶ Percepción inadecuada se consideró sobreestimación cuando lo referido por el adolescente fue mayor a su peso corporal real y subestimación cuando lo referido por éste fue menor a su peso corporal.

5.4. Estrategias para el análisis de los datos

Para el análisis del material empírico obtenido a partir de las entrevistas semiestructuradas, descubrir las percepciones de los adolescentes, se adoptó la técnica de análisis temático a partir de lo propuesto por Minayo en el 2000,⁷² ya que se consideró que la noción del tema estuvo relacionada a una afirmación, representada través de una palabra o una frase.

Según Bardin 1979, citado por Minayo 2002:

El tema es una unidad de significado que se libera naturalmente de un texto analizado, según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura" (p.105)

Para hacer el análisis temático en el presente trabajo y llegar a los núcleos de sentido, se orientó hacia la presencia de temas que denotaron los valores de referencia y los modelos de comportamiento que fueron surgiendo en el discurso, siendo así que para dicho análisis se llevaron a cabo las etapas que lo comprenden y que fueron retomadas de la propuesta de Minayo⁷²; por lo que en un primer momento se llevó a cabo un pre – análisis de la información que consistió en organizar las entrevistas y el conjunto de material recolectado; posteriormente se llevaron a cabo las transcripciones de las entrevistas, las cuales en un primer momento como parte de los resultados del acercamiento al contexto de los informante así como el acostumbrarse a las grabaciones, fueron transcritas a mano por el investigador, después se hizo uso de la computadora para tal proceso, siendo así que se facilitó la relectura del material y la organización de los testimonios, con el apoyo de un mapa horizontal para ir encontrando los primeros temas.

A continuación y como lo refiere la misma Minayo en el 2002, se llevó a cabo la constitución del corpus, con la finalidad de responder a las normas de validez de la información y que contempla la exhaustividad (todos los aspectos de la entrevista); representatividad (que contenga representación del universo pretendido), homogeneidad (que obedezca a criterios precisos de selección en términos de temas, técnicas e interlocutores); pertinencia (los documentos analizados debieron ser adecuados al objetivo del trabajo).

Posteriormente se llevó a cabo una clasificación general de los conjuntos de los datos, así como la propuesta de su conceptualización, con la finalidad de profundizar en los mensajes, enseguida se eliminaron la clasificación de los temas superficiales para alcanzar un análisis más profundo y redefinir dicha clasificación, por lo que y como última parte se trabajo con la interpretación de dichas percepciones de los adolescentes, llevadas a cabo de forma interpretativa de los temas o las unidades que surgieron a través de la enunciación.

En lo referente a el resto de los datos se realizaron matrices que permitieron la organización de los datos e incluso la comparación constante entre si, considerándose de ésta forma la funcionalidad en la recuperación de los datos obtenidos de las entrevistas, las imágenes y el indice de masa corporal.

5.5 Acercamiento al contexto de los informantes

Para que el investigador tuviera un acercamiento al contexto de los sujetos de estudio, se realizaron en un primer momento dos entrevistas, una a un adolescente del sexo femenino y la otra a un adolescente del sexo masculino, las cuales tuvieron la finalidad de que la investigadora reconociera algunas fortalezas y debilidades tanto propias como de los instrumentos que utilizó; es importante mencionar que dichas entrevistas se incluyeron en la investigación y se analizaron bajo el proceso antes mencionado; en un inicio se tenía contemplada la participación de un colaborador que apoyará el proceso de las entrevistas, sin embargo y por circunstancias de los adolescentes, los cuales se sentían evidenciados se tomó la decisión que solamente estaría la investigadora; asimismo se cambiaron las aulas donde se llevaron a cabo éstas primeras entrevistas, ya que el ruido y el constante pasar de la gente producía distractores e interrupciones constantes, por lo que las siguientes entrevistas se llevaron a cabo en otra aula con más privacidad.

En lo referente a las siguientes entrevistas y a partir de lo que revelaron éstas dos primeras, fue necesario solamente especificar una de las preguntas, ya que en vez de solicitarles que comentaran sus hábitos alimenticios se pidió la descripción de los alimentos que acostumbran a comer.

5.6 Consideraciones éticas

En el presente trabajo se consideró los lineamientos propuestos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Considerando el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 13 prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14, fracción V, se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación en este caso el adolescente, de la madre o tutor y de la institución donde se pretende realizar (ver anexo 2,3).

Fracción VI, se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo responsabilidad de una institución de atención a la salud; fracción VII, contó con el dictamen de las comisiones de investigación y ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Artículo 16, se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, procurando que las entrevistas fueran realizadas en una sala designada para este propósito en las instalaciones de la institución.

Artículo 17, la investigación se consideró con riesgo mínimo en virtud de que se realizaron procedimientos comunes en exámenes físicos, en este caso mediciones antropométricas de peso y talla del adolescente.

Artículo 21, para que el consentimiento informado se considere existente el sujeto de investigación, en este los adolescentes recibieron una explicación clara y completa en los siguientes aspectos I.- Justificación y objetivos de la investigación II.- Procedimientos que vayan a usarse, IV.-Beneficios que pueden obtenerse, VI.- Garantía de recibir respuesta cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, VII.-La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, VIII.-La seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

De acuerdo con el artículo 21, fracción VIII, se ofreció al sujeto la seguridad de que no ser identificado y que se mantuvo la privacidad de la información obtenida, para tal efecto las entrevistas fueron identificadas con números y de acuerdo a la fracción IX, se mantuvo el compromiso de proporcionar al sujeto información actualizada obtenida durante el estudio, aun cuando esto pueda afectar la voluntad del sujeto de continuar participando.

Artículo 22, el consentimiento informado fue formulado por escrito y debió reunir los siguientes requisitos, I.- Fue elaborado por el investigador principal, II.-Fue revisado y en su caso aprobado por la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Además se consideró el capítulo III de la investigación en menores de edad o incapaces, considerando el artículo 36, de obtener el consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor.

De acuerdo al artículo 116, la investigadora principal se encargó de la dirección técnica del estudio y tuvo la siguientes atribuciones, I.-Preparo el protocolo de investigación, V.- Seleccionó al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesarios para llevar a cabo su función, VI.- Elaboró y presentó los informes parciales y finales de la investigación.⁸¹

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Características sociodemográficas de los adolescentes informantes

Los resultados del presente estudio permitieron analizar las percepciones que tienen los adolescentes sobre su peso corporal, identificando la influencia del contexto social y familiar en el peso del adolescente, lo anterior fue valorado mediante la percepción expresada, es decir como el adolescente refiere que se encuentra (Peso bajo, normal, riesgo de sobrepeso o sobrepeso) ; asimismo la percepción por imágenes que fue valorada mediante selección de la imagen que el adolescente identificó como la más parecida a él o ella; por lo que se identificó si existían diferencias en el peso corporal del adolescente de acuerdo a sus características, de acuerdo a su índice de masa corporal y la información que tiene acerca del peso .

Se entrevistaron a veintidós adolescentes, once del sexo femenino y once del sexo masculino, en un rango de doce a quince años. Las entrevistas se llevaron a cabo en una institución de educación media básica particular; se contempló la existencia de once grupos, 4 pertenecían al primer año, 4 al segundo año y 3 correspondieron al tercer año de secundaria.

Los adolescentes en cuestión pertenecen a un nivel socioeconómico medio y alto, según lo refieren los adolescentes en la mayoría de los casos ambos padres trabajan ocasionando que por un lado sea desatendida la alimentación de los adolescentes y por otro lado se hace permisible el consumo de algunos alimentos con poco valor nutricional, es que en la actualidad el nuevo rol que desempeña la mujer en el ámbito laboral genera en los jóvenes la falta de control en aspectos de la alimentación, como lo refiere Díaz⁸², es a partir de una mayor educación escolar en la madre y que trabaja donde se pudiera generar en los adolescentes una de las dificultades en cuanto a controlar su alimentación ya que seguramente el hecho de que ambos padres se encuentren inmersos en el mundo laboral , por situación económica o por pagar el precio de la modernidad y la

nueva cultura en el actuar femenina, los adolescentes refieren el agrado por comer fuera de casa y alimentos sobrecalóricos.

En cuanto a la presencia de alguna enfermedad o trastorno en la alimentación solamente una de las adolescentes de trece años refiere como diagnóstico lupus generalizado, sin embargo refiere estar bajo control de peso por la toma durante 2 años de medicamentos con esteroides, el resto de los entrevistado no refirió algún padecimiento o problema en su salud.

6.2 Índice de masa corporal

En lo referente a los resultados obtenidos de la toma del índice de masa corporal y su clasificación en percentiles se encontró que la prevalencia de riesgo de sobrepeso y sobrepeso fue similar a lo reportado a nivel nacional, (ENS 2006) ya que de los veintidós adolescentes ocho de ellos se encontraban bajo la circunstancia antes mencionada es decir representaron el 36.3%. Este dato se considera relevante, ya que éstos extremos en el peso son los principales factores de riesgo de enfermedades crónico degenerativas tales como la diabetes y la hipertensión, que ya no sólo se consideran de la población adulta, sino también se encuentran en los adolescentes actuales, de ahí su importancia ya que están registradas como principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud en 2006, y como lo refiere Serrano Sierra durante el 2000 existe una relación entre el sobrepeso durante la adolescencia y la etapa adulta, por lo que el riesgo de ser un adulto con obesidad es de 2 a 6.5 veces más alto para los adolescentes que tienen sobrepeso comparados con aquellos con peso normal.^{21,23}

Es importante mencionar que la mayoría de los adolescentes se encontraron de acuerdo al IMC en un rango de 13.5 a 32.8 kg/m², por lo que se identificó que de los veintidós adolescentes entrevistados el 45.45% se encuentran en los extremos en los pesos, siendo así y como se justifica parte del estudio, donde los adolescentes hoy en día tienen la tendencia a subir o bajar de peso, y el 54.55% correspondieron a los adolescentes con peso normal.

6.3. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA

Núcleo 1. Percepción y sentimientos que expresan los adolescentes de su peso.

Como lo refiere Salazar et al³⁸, la percepción de una persona implica organizar información sobre el sujeto y atribuirle propiedades que culminan en un juicio de carácter evaluativo formado a partir de las características físicas observables y de características y estados no observables del sujeto percibido. Es un proceso que va más allá de la apariencia física, en ella intervienen mecanismos emocionales, cognoscitivos, motivacionales, etc. que afectan la información y el juicio que se emite no siempre corresponde con la entrada sensorial.

En éste sentido los adolescentes entrevistados, refieren de manera verbal lo siguiente:

Cuadro 1. Clasificación de la percepción por palabras

Percepción	Bajo Peso	Normal de Peso	Riesgo Sobrepeso	Sobrepeso
	2	12	2	6
Adecuada	1	7	0	3
Inadecuada				
Subestimación		2	2	3
Sobreestimación	1	3	0	0

Fuente: Entrevista semiestructurada y clasificación del peso en percentiles

De los doce adolescentes con peso normal de acuerdo a la clasificación del índice de masa corporal, sólo 7 se perciben correctamente, refirieron sentirse bien: “Pues bien, no me siento ni gordo ni flaco, yo creo que estoy bien” (Ent. 11), “pues bien, yo digo que estoy bien” (Ent. 15); 3 de ellos sobreestiman su peso refiriendo: “yo me siento gorda, es que veme estoy bien gorda, parezco una pelota, mira mis llantitas” (Ent. 1) “Me siento como que gorda” (Ent.5); en éste sentido se concuerda con los resultados de Olesti-Baiges et al., en 2006 , ya que en sus resultados identificó

que los adolescentes presentan una distorsión de la imagen corporal relacionada con el peso y que esta dada por que a los adolescentes de su estudio les gustaría parecerse a los modelos publicitarios⁸³ sin embargo en el presente estudio el factor que predominó además de la búsqueda a parecerse a un modelo , la distorsión se debe a la aceptación de los comentarios que realizan en su contexto y van dirigidos hacia su imagen.

Los ocho adolescentes con sobrepeso y riesgo de sobrepeso, sólo tres se perciben correctamente y tres de ellos tienden a subestimarlos:

“Bien de peso” (Ent. 3); “Con mi peso bien, perfectamente” (Ent.9); “Pues bien, no me siento ni gordo ni flaco, yo creo que estoy bien” (Ent. 14); se observó que la no percepción (subestimación) se incrementa cuando el adolescente presenta riesgo de sobrepeso y sobrepeso , esto coincide con otros estudios⁸⁴ que señalan que las adolescentes con IMC de peso normal se ven más gordas, y las que tienen sobrepeso real, también se perciben gordas de una manera correcta; esto de una manera importante habla de que los adolescentes que se perciben “gordos” son los que inician el propio control de peso, por la disociación que tienen entre su peso real y su percepción; en otros estudios se ha encontrado que la concepción subjetiva de una mujer con peso normal “corresponde al sujeto femenino con IMC que corresponde al sobrepeso”⁸⁵ a diferencia de lo que revelan los adolescentes donde para ellos el peso normal es aquel donde *“ me siento bien”*(Ent. 5), *“ me veo más delgada”* (Ent. 2) y *“ puedo realizar ejercicio sin cansarme”* (Ent. 18).

En el estudio se encontraron a dos adolescentes con peso bajo; de éstos uno se percibe correctamente *“Yo pensé que estaba demasiado delgada y me preocupaba porque sí comía bien, pero no entendía porque no estaba gordita como los demás, estoy muy delgada”* (Ent 8); y el otro adolescente sobreestima su peso ya que refiere *“es que tengo que bajar de peso porque estoy gordita”* (Ent.21).

Lo anterior muestra que once de los veintidós adolescentes entrevistados presentan una distorsión verbal en la percepción de su peso, iniciando la mayoría de ellos con alguna forma de controlar su peso, ya sea para subir o bajar y mantener o alcanzar el peso ideal.

Núcleo 2. Control de peso de acuerdo a la percepción del adolescente

Así también se encontró, que los adolescentes adoptan algunas acciones como medidas de control de peso, ya sea para subir o bajar de peso, todo depende del ideal de peso que desean mantener o alcanzar, y como lo refiere Unikel Santoncini²⁹ existen conductas alimentarias de riesgo que los predisponen a ser anoréxicos o bulímicos, todo depende de la sobreestimación del peso. En el presente estudio se identificó que los adolescentes que refieren percibirse como “gordos” han realizado acciones para controlar el peso, como ayunos prolongados y dietas, esta información coincide con lo que refiere Olesti-Baiges et al⁸³, ya que en sus resultados encuentra que los adolescentes inician dietas sin supervisión como medida de control para bajar de peso o mantenerse, por lo que los adolescentes refieren:

“¿Dieta?, bueno es de 3 días, y se trata de no comer nada, nada de refrescos y esas cosas... a veces me da hambre, pero si, si adelgazas...por ejemplo en la semana dejar de comer muchas cosas, así comer lo necesario, (y hacer) una sola comida al día” (Ent.1), “ahorita estoy tomando mucha agua, y cosas así, o como por ejemplo a veces no desayuno o dejo de comer algo para bajar de peso, a veces hago dietas” (Ent.5), “de hecho iba a empezar una dieta” (Ent.7).

En el caso de los adolescentes que refieren sentirse “bien” y “delgados” se identificó que también mantienen conductas de alimentación que se caracterizaron por el consumo de alimentos sobre energéticos y poco nutritivos y el no consumo de frutas y verduras:

“yo desayuno cuando alcanza el tiempo, un vaso de leche; en el recreo sabritas, sopas maruchan, chocolates, fruta, burritos ;en la comida, carne y arroz ; en la cena, burritos, pan y un vaso de leche (Ent.19); desayuno: waffles con un vaso de leche; en el recreo unos takis, un refresco y unas galletas, y en la casa como carne, arroz, pollo, pero no me gustan las frutas ni las verduras; en la cena como, quesadillas, frijoles y cereal” (Ent.22), “Desayuno, un licuado de plátano, en el recreo me mandan de lunch 2 sandwichs o me compro una torta y un refresco; en la comida: arroz, carne, gelatina, verdura; casi no como porque no me gusta su sabor; en la cena un cereal o quesadillas y los fines de semana de hecho voy a Burger King” (Ent. 17).

De acuerdo a lo referido por los estudiantes se identificó un patrón regular de alimentación (anexo 10): el desayuno consistió en cereal, leche con chocolate, jugo y pan; en el recreo el consumo de alimentos se basa en sándwich, con jugo los que llevan lonche⁸⁵ de su casa; los que no llevan lonche acostumbran consumir: "papas fritas" (frituras, papas fritas) acompañadas de refresco "coca-cola"; por las tardes la comida se basa en arroz, carne de cualquier tipo, la mayoría de los alumnos refirió no consumir frutas y/o verduras señalando que no les agrada el sabor. Respecto a los alumnos que comen fuera de casa por alguna actividad acostumbran consumir comida rápida que consiste en: hamburguesas, pizzas, sopas de preparación instantánea, y las cenas se caracterizan por quesadillas⁸⁶, y algunos agregan cereal o pan.

Lo referido por los adolescentes revela un conocimiento respecto a la comida saludable y/o no saludable:

"porque hay comidas que tienen mucha grasa y eso hace engordar" (Ent. 5), "como hamburguesas, a veces los fines de semana, cuando voy al trabajo de mi papá, en frente hay un puestecito donde vende tortas, hamburguesas y ahorita es lo que vamos a comer y ahí cenamos" (Ent. 7), "este, tratar de por ejemplo no comer tanto pan o tortillas o cenar mucho, o cosas así, pero creo que lo que como ahorita esta bien, me ayuda para mi crecimiento, sólo le quitaría la comida chatarra, como todo, sabritas, chocolates" (Ent.9), "Me falta reducir grasas comer más vitaminas que se encuentran en las verduras" (Ent. 14), "si porque por ejemplo, dependiendo también de lo que comes es como vas a mmm, como quien dice el peso que vas a tener, porque si comes fuerte es lógico que vas a estar gordito y más si no haces ejercicio" (Ent. 19).

Los datos anteriores a diferencia de lo que encontró Palacios⁸⁶ en su estudio, donde refiere que el 80% de los adolescentes conoce lo que debe comer y lo que debe evitar, aquí las entrevistas revelan a pesar que no hubo una medición de calorías los adolescentes eligen lo que comen por lo grato del sabor de los alimentos, dato que coincide con lo encontrado por Piruznia en 2000 donde

-
- quesadilla es un alimento de comida típica en México, se caracteriza por preparación rápida.
 - lonche es referido por los adolescentes como los alimentos que son traídos de casa y consumidos en la escuela durante su tiempo libre.

reporta que las principales causas del sobrepeso en los adolescentes es atribuible a factores como son el conocimiento de nutrición, las necesidades fisiológicas, las preferencias alimentarias, las normas sociales, las experiencias personales y por otro lado a los cambios propios de la etapa, siendo así que la elección por su grato sabor es una de las principales causas⁹ sin embargo es importante resaltar que en México parte de las conductas alimentarias que adoptan los adolescentes y que los conlleva a padecer sobrepeso, son parte de la cultura actual, ya que más que padecer este extremo en el peso por factores genéticos, se debe al consumo rico en carbohidratos y las preferencias de los alimentos en base al gusto y no al contenido nutritivo.

Respecto a la actividad física que realizan los adolescentes se identificó que los adolescentes que se perciben como "gordos" aunque su IMC / percentil, los clasifique con peso normal, realizan actividades como forma de controlar el peso o alcanzar el ideal :

"Corro, hago cardio, bueno correr, caminadora, bicicleta, escaladora y ya, empiezo a las 4 y media, y termino, termino quince para las 7 (Ent.3), "como 2 horas, hago spin, y fút" (Ent.5) "si creo que es suficiente con 2 horas, con abdominales, corro, voy al gym" (Ent. 6). En el caso de los adolescentes que se perciben con peso normal y que se encuentran así realmente, y los adolescentes con RSP o SP, no refieren realizar otro tipo de actividad física "normalmente yo entreno una hora y media de hecho y ya, pero creo que es poquito me haría falta mas" (Ent. 11), " yo le digo a mi papá ¿sabes papá que si hago ejercicio de más no va a quedar nada de mi cuerpo?" (Ent. 12)

Cuadro 2 .Actividad física relacionada con la percepción del adolescente

Actividad física	Bajo Peso (2)	Normal Peso (12)	de Riesgo Sobrepeso (2)	de Sobrepeso (6)
Escolar (por obligatoriedad académica)	2	3	1	2
Para Control de peso	0	9	1	4

Fuente: Guía de entrevista semi-estructurada y clasificación del peso en percentiles.

Lo referido por los adolescentes en los párrafos anteriores da a conocer que la realización de la actividad física, no sólo es por iniciativa propia, sino que de alguna forma es apoyada por los padres de familia, y que de igual manera se lleva a cabo sin la supervisión de un profesional de la salud, por lo que se encontró un hallazgo similar a lo reportado por Myers y Vargas en el 2000.⁸⁷ Asimismo los adolescentes que practican alguna actividad física, refieren el tiempo de duración ideal para la realización, por ejemplo comentan:

"1 hora diaria, con eso es suficiente" (Ent. 17), "como 2 horas, spin, y fút" (Ent.5), "yo digo que están bien las 3 horas que hago y si bajara intentaría subir lo que me falta para mi peso de ahorita comiendo más"(Ent.18), "2 horas diarias eso es lo ideal para mí" (Ent.8).

En lo referente a lo anterior Rodríguez et al⁸⁹, señala que las conductas alimentarias alteradas, suelen darse en adolescentes, con prácticas deportivas individuales y establecidas por ellos mismos, que en aquellos que practican deportes en equipo.

Por otro lado se encontró que otra de las formas que los adolescentes refieren como forma de controlar su peso es la visita a un nutriólogo, o la información de alguna persona que ellos consideran experto, ya que los adolescentes, tienen la expectativa de que a través de que se les diga que comer y que no comer es como pueden alcanzar su peso ideal, incluso hablan de que

requieren tener conocimiento sobre el contenido nutricional de los alimentos y saber balancearlos, *"que si me lleva con un nutriólogo y me dice que tengo que comer mas y ya con eso, pero yo digo que hay que ver un nutriólogo para aumentar de peso"* (Ent.2), *"de hecho iba a empezar una dieta que es a base de puro este carbohidratos y grasas, pero mejor no porque me iba a quedar sin energías, ah, me la recomendó, la maestra de biología"* (Ent. 7), *"Que si me lleva con un nutriólogo y me dice que tengo que comer mas y ya con eso, pero yo digo que hay que ver un nutriólogo para , hay veces que llego a la casa y no se, tenia mucha hambre y llego a la casa y no me da hambre y por eso"* (Ent.12).

Es importante mencionar que los adolescentes de ambos sexos refieren que cuando se ha dado la visita con un nutriólogo, es por mutuo acuerdo entre la madre de familia y ellos, siendo los adolescentes con los extremos en el peso, los que muestran mayor interés por acudir con el especialista:

"porque estaba así, pues más gorda, pero mi mamá me llevo con un nutriólogo y dijo que iba a hacer una dieta y pues si fui y me dio una dieta que era de espinacas, café" (Ent. 19), *"solo una vez visite al nutriólogo pero fue porque estaba muy chiquita, para mi edad y mi peso para mi edad"* (Ent. 21), *"no, pues mis papas me han llevado con una nutrióloga, pero yo no he bajado nada de peso, por el tipo de comida que me daban, tenia muchas grasas"* (Ent.14),), *"es que mi mama y yo fuimos con un nutriologo, mi mama si siguió la dieta y yo estaba batallando, la dieta consistía, todo lo que comía, este, reducirlo y comer mas verduras"*(Ent. 13), *"bueno yo antes iba con un nutriólogo, pues yo deje de ir, pues no sé pero mi mamá me mando, el nutriólogo me daba una receta de comida y que comiera y que caminará 10 minutos y yo me sentía bien; la dieta era para bajar de peso , pero sí me sentí cómodo me comía todo de buena manera, pero deje de ir cuando veía a mis hermanas comiendo otras cosas"* (Ent.17),

Los resultados anteriores muestran la necesidad de que tanto los adolescentes como sus familias requieren de la opinión de un experto, a diferencia de lo señala Olesti-Baiges et al ⁸³, donde los adolescentes de su estudio no refieren la necesidad de acudir con especialista para control de peso, en relación a lo anterior Jackson et al ⁸⁹ señalan que una de las situaciones que genera preocupación es que algún profesional del área de la salud le comente que el peso está fuera de los rangos normales.

Núcleo 3. Preocupación de los adolescentes por su peso

Los adolescentes del estudio y de ambos sexos, revelan una preocupación constante por su peso, atribuyéndosela a situaciones relacionadas con la imagen corporal, con los medios de comunicación, con los efectos del peso en la salud, generando de ésta forma una serie de justificantes para subir o bajar de peso.

"¡Ay! yo pensé que estaba demasiado delgada y me preocupaba porque sí comía bien, pero no entendía porque no estaba gordita como los demás, o sea no gordita, sino con un peso más normal, pero creo que es por mi metabolismo, me han comentado que puede ser por herencia, bueno mis papás son muy delgados, o sea que siempre han sido de complexión delgada, pero como estoy chaparrita también estoy muy delgada, no porque no coma" (Ent.8), "mmm, bien pero me ha preocupado, porque por ejemplo casi toda mi familia de mi papa es diabética, a mí me preocupa ser diabética, no quiero" (Ent.9), "pues bien a veces me preocupa, yo digo que estoy bien pero, si hace unos días, porque cómo que sí subí de peso , yo era más delgada pero como que sí subí un kilillo" (Ent.15).

Por otro lado la preocupación que refieren los adolescentes se debe a que identifican los efectos del sobrepeso en la salud, siendo así que los adolescentes que fueron clasificados en sobrepeso y riesgo de sobrepeso, manifiestan una preocupación derivada de los efectos en la salud:

"yo digo que si porque cuando corre se cansa mas y a ella la critican mas, porque se agita mucho" (Ent. 2), "se podrían enfermar, como anorexia, bulimia, porque a las gordas les dan la bulimia" (Ent. 5) "las gordas, se enferman del corazón, de diabetes, o algo así" (Ent. 6), "obesidad, diabetes, mmm, nada más" (Ent.9), "una gorda, se enferma, porque hay más obesidad que se puede decir anemia, en las personas hay obesos, pero también hay desnutrición, pero yo creo que es más, más obesidad" (Ent. 12), "yo creo, que, mmm, si, porque si comes mucho después no puedes hacer ejercicio porque te cansas mucho" (Ent. 18).

A su vez los adolescentes refieren que el aumento en el peso, es causal de que se produzcan trastornos alimenticios:

"por ejemplo, si comes mucho, si como mucho, este a tratar de bajar de peso, este tener lo que muchos hacen bulimia será o anorexia, en ese caso yo no me podría librar tan fácilmente, entonces por eso hago mucho ejercicio" (Ent. 13), y

tienen una representación física de los trastornos alimenticios "primero, ya no tienes tanta grasa y se te ven los huesos, y las uñas se te hacen amarillas y los dientes se te caen" (Ent. 21)

Los adolescentes también refieren que aquellos que son delgados también tienen efectos en su salud y lo relacionan de la siguiente forma:

"los flaquitos se enferman mas que los gordos porque este, yo digo que las personas que estan gordas tienen mas defensas, que los que estan flacos" (Ent. 4), "una persona delgada puede tener las defensas bajas, se puede marear" (Ent. 9), "a los flacos les podría dar, por ejemplo que he escuchado de las personas bulimicas, se les puede parar el aparato respiratorio" (Ent. 12), "a los flacos les da anemia, pero algo mas grave que les puede pasar es que se mueran" (Ent. 16), "los delgados, se enferman más porque pueden estar anémicos" (Ent. 18), "porque a los flacos les da la bulimia o la anorexia" (Ent. 20).

Respecto a lo anterior se identifica según lo referido por los adolescentes, esa capacidad cognitiva que señala Piaget⁴⁶, y que incluye la aplicación de reglas, deducciones, e hipótesis dando lugar al procesamiento de la información, el cual considera la mente humana como un sistema que reúne, procesa, manipula y almacena información proveniente del medio.

En cuanto a los medios de comunicación se encontró que los adolescentes, independientemente de su peso, refieren que la información que se proyecta en la televisión, va encaminada a promover productos que promueven un cuerpo delgado, a la vez que incitan a la conformación de otros patrones de conducta de alimentación:

"si se asocia tele con el peso, porque todos los comerciales que hay, dicen que están engordando, por eso quieres adelgazar" (Ent. 1), "yo creo que sí, porque cuando las personas son gorditas, si les critican, ve tele, como que dice que hay que cambiar" (Ent. 2), "por el tipo de alimentos que comemos aquí, pero como tenemos mucha influencia de los Estados Unidos, si nos afecta mucho, las tortas, los todas las comidas instantáneas, todo ese tipo de comida, ah si claro, y tienen que ver en todo" (Ent. 7), "hay comerciales de vitalina y todo eso que si lo tomas ¡no estas gorda!" (Ent. 22).

Para Raich⁶⁷, la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de los ideales estéticos es clara, aunque engañosa para la inmensa mayoría de la población, éstos modelos en el campo de la publicidad se basan exclusivamente

en la apariencia física, siendo así que el constante bombardeo de éstas imágenes llega a crear problemas de identidad y de aceptación de la propia, por lo que según Olesti-Baiges., et al (2007)⁸³ en su estudio coincide con la información que refieren los adolescentes, donde, los medios de comunicación influyen en los jóvenes, ya que los adolescentes en éste caso de ambos sexos, les gustaría tener hasta 4 tallas inferiores a la actual, presentándose así alteraciones en la propia imagen y por ende en el peso.

En lo referente a las razones para realizar un cambio a su peso corporal, los adolescentes de ambos sexos refieren:

“mmm, bajar de peso por salud y subir dependiendo de cómo este, yo nunca he hecho una dieta, sólo a veces entre compañeros compartimos lo que las mamás nos mandan de “lonche” o “pos”, cosas así” (Ent.9), “porque no me sentiría cómoda como estoy, o que mi figura no se vea bien y solo por eso engordaría o enflacaría” (Ent.22), “subir de peso porque tipo sería parte de mi examen, necesito mas peso para ser mas importante, y este es necesario para tener algo, lo que haría por eso y pues nomás, bajar de peso no en dado caso que el doc me dijera, no chavo tienes que comer mas, o tienes que comer menos, osea que fuera una, algo que no sea por como me veo” (Ent. 10), “mmm, o sea a mi no me importa mucho lo que digan los demás, sino a mi si me importaría bajar de peso, por lo que más me importaría es por salud” (Ent. 14), “¡Ay! porque no sienten seguros de su identidad por llevar la contra a otros les afecta y tratar de cambiar” (Ent. 11), “no sé, por que me lo piden y por que tengo que bajar o subir de peso por requisito, para ir a algún lugar, un deporte, en el que te tienen que bajar” (Ent. 15), “Porque necesito engordar, porque dicen mis compañeros que no soy abrazable (se ríe) si cuando me abrazan se sienten mis huesos (se ríe)... (otros) porque a veces necesito entrar por ejemplo a torneo interno o baloncesto, creo yo que tienen que bajar, o porque tienen que encontrar algo o porque no te siente gusto contigo mismo” (Ent. 12).

Los comentarios anteriores ponen de manifiesto varias situaciones: una de las razones que predomina en los adolescentes para subir o bajar de peso es el que se los soliciten para poder mejorar el aspecto físico, por cuestiones de salud y hablan de una búsqueda de identidad, estos datos son relevantes, ya que proporcionan las posibles causales de la incidencia en los trastornos de conducta

coincidiendo con los datos cuantitativos encontrados por Casanova Aranda Inmaculada⁹⁰, identificándolos como factores de mantenimiento en los trastornos de alimentación.

Núcleo 4. Autoestima como determinante de la percepción del peso corporal del adolescente

La autoestima es un elemento psicológico y físico que influye en el desarrollo de la adolescencia⁵⁰ y es que contribuye a la búsqueda de identidad del adolescente, donde el adolescente, espera reconocerse como individuo distinto a los demás, identificar su talento, posibilidades y sentirse valioso como persona que avanza hacia el futuro.

Para Erickson⁴⁴ la tarea principal de la adolescencia es resolver el conflicto de identidad versus confusión de identidad, en el cual el adolescente debe determinar su propio sentido de sí, es decir, su identidad y autoestima.

Desde el punto de vista psicológico, puede decirse que la autoestima es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes del propio potencial y las necesidades reales; de amarse incondicionalmente y confiar en uno mismo para lograr objetivos independientemente de las limitaciones que se puedan tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que corresponda interactuar.

En el estudio se encontró que los adolescentes entrevistados de ambos sexos, refieren que la autoestima, determina en gran medida la percepción que tienen los adolescentes de su peso corporal, ya que como ellos lo comentan, las personas con alto peso, son las que tienen más baja autoestima, las que están delgadas son aquellas con mejor o más alta autoestima, estos datos coinciden con lo que encuentro Aguilar Ye et al⁹¹, donde a mayor índice de masa corporal más baja autoestima. En éste caso los adolescentes refieren:

“pues porque si tienes, o sea si te sientes bien contigo mismo, como estas, y estas bajando de peso, o vas a querer seguir bajando de peso o haciendo ejercicio, si te sientes mal te deprimas, comes mas y pues no vas a bajar de peso, no vas a salir de ese hoyo nunca. (Ent.6);

si influye la autoestima en el peso a veces, porque hay gente que es gordita y tiene buena autoestima, y hay gente gordita que tiene baja autoestima, porque hay gente que la critica... (Ent.1); pues bien, porque a mi yo, si me acepto como soy pero si me gustaría estar flaco para, comprarme lo que a mi me gusta, las camisas y cosas asi, pero si me acepto como soy, pues si me gustaría bajar... pues porque yo digo quererme así, porque si no me quisiera no se que haría, yo digo que las personas que no se quieren son las personas que son bulimicas y ese tipo de personas y pues a mí no me gustaría estar así pero pues a veces si no me acepto, pero por lo regular no me molesta que me digan que estoy gordo o que, me acepto así, o pues así que me digan no me molesta... (Ent. 4).

De acuerdo a lo anterior, la relación que hacen los adolescentes sobre la autoestima y el peso, es determinado como lo refiere Golberg en el 2000 donde existe una asociación entre la baja de autoestima y el incremento de la obesidad¹⁴ o bien de la presencia de algún trastorno alimenticio, a su vez Beato y Rodríguez⁵³ consideran que los trastornos como el sobrepeso y la obesidad son atribuibles a personas con depresión producto de una autoestima baja.

Para Watson⁴⁸, al llegar a la adolescencia el joven experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano y aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden y a huir de quienes no lo aceptan, desarrolla, con tal de ser querido, conductas muy específicas que se generalizarán hacia la vida adulta y donde influyen en su autoestima y auto concepto.

Siendo así que se encontró que los adolescentes refirieron que la autoestima esta determinada por los comentarios que reciben de los otros hacia su peso, y que esto a su vez es lo que en ellos le genera los sentimientos de aceptación o rechazo de su peso.

“yo digo que si porque, mmm, no se por ejemplo cuando, en mi salón dicen que yo soy anorexica, pero no , no soy anorexica, pero ellos no me creen, yo he tratado de comer mas y cuando estan gorditos porque siento que se deprimen y pues dejan de comer o comen mas... (ella)me siento triste, pero trato de no pensar o lloro, es que soy muy sensible, cuando me dicen que yo soy anoréxica, yo le dije

que no lo era y si me sentí mal porque no es justo que esas personas digan algo que lastima a los demás (Ent.2); Si, así me siento cómodo, porque así yo me siento cómodo, me siento bien y no me gustaría ni bajar ni subir de peso, a la mejor si subiría de peso, ya no comería cosas que te engordan como las cosas así de la calle, como los tacos (Ent.11);si, influye porque si tienes el autoestima alto, tu te quieres a ti mismo como eres, si tienes el autoestima bajo, te sientes mal, en mi caso yo no me siento ni alto, pero tampoco tan bajo,eh por lo mismo que unos me dicen que estoy gorda y otros me dicen que no, porque estoy insegura de mi misma, de mi cuerpo como lo tengo, es que a veces los comentarios sí lastiman y te hacen sentir mal, es que a mí me lo dicen como unos tres compañeros (Ent. 5); yo creo que sí se asocia, porque por ejemplo yo he visto que en las mujeres tiene una gran influencia porque ven a las mujeres más delgadas en la tele y se estan comparando y quieren verse más flacas que otras y así sentirse bien, por ejemplo yo tengo un compañero que no sé como piense él pero no se siente bien con su peso porque esta gordo y le hacen burla y yo siento que a él le afecta mucho y se le baja su autoestima no se cómo pero yo creo que si le afecta (Ent. 18).

De acuerdo a lo anterior se demuestra que durante la adolescencia la necesidad de ser aceptado por el grupo de pares es determinado por el peso y la autoestima de los adolescentes y éstos a su vez determinan las interacciones sociales, dato que coincide con los resultados de Aguilar Ye et al., en 2002, donde reporta que los adolescentes con baja autoestima en su estudio tienen disminuida las interacciones sociales, y se aíslan del resto de compañeros, siendo así que los adolescentes con índice de masa corporal que correspondía a sobrepeso eran en los que prevalecía una baja autoestima.

Núcleo 5. Contexto sociocultural en la percepción del peso del adolescente

En la actualidad el contexto familiar en el que se desenvuelve el adolescente, le representa para su peso corporal una serie de cuestionamientos, que se ven influenciados por el medio familiar, y social, donde la diferencia del peso ideal y real, le genera una serie de sentimientos y juicios en los que busca amparar sus acciones como medio de aceptación.

Durante las entrevistas se identificó que los adolescentes tienen una percepción de su peso corporal, en base a algunos factores socioculturales que los contextualiza y que de alguna forma determinan el comportamiento de ellos con su familia, pares y sociedad, siendo así que la influencia de la familia moldea y determina la percepción de adolescente de su peso corporal.

La familia forma parte importante en la percepción que tiene el adolescente de su peso corporal, ya que a través de modelar una conducta alimenticia por medio de repetición constante de lo que consideran se debe comer o no, y por los comentarios que hacen referente al peso de ellos, son situaciones que los conllevan a mantener o modificar sus conductas relacionadas con el peso.

“hace como tres meses empecé, primero me decía un tío que estaba obesa y luego como que ya me empecé a ver así, mi papá me dice ya no comas tanto, para que no engordes,” (Ent. 5), “mi mamá me dice que coma bien, para estar mas alta, me han llevado con un doctor mis papas cuando vivía en Yucatán, pero siempre decía mi mamá que no como lo suficiente, que tengo que comer más” (Ent.2), “mi papá, siempre me dijo que hiciera ejercicio, mi tía es la que me dice que estoy bajando, que siga haciendo ejercicio” (Ent. 6), “mi mamá me deja ya preparado, entonces llego y como sin restricciones” (Ent. 8), “mi mamá nos dice cuando nos hace de comer, que no comamos tanto, en exageración, se podría decir por gula, que comamos así lo que nosotros, bueno lo necesario” (Ent. 9), “mi mamá dice que como, como un niño chiquito (se ríe), como mucho, como niño huérfano, no, me dicen nada o sea, no para nada, ni me limitan alimentos” (Ent. 12).

Para Florenzano⁵¹, la madurez social en los adolescentes consiste en una mayor autonomía respecto de los padres y la autoridad adulta, en una modificación de las relaciones interpersonales y heterosexuales y en la madurez de la conducta. A medida que los adolescentes avanzan hacia la edad adulta, se espera que asuman mayor responsabilidad personal por su bienestar y los conflictos entre el adolescente y su familia pueden surgir, debido a la lucha de éste por afirmar su independencia. Sin embargo, el grado de tensiones o molestias que genere el progreso del adolescente hacia la autonomía adulta, está influenciado por la dinámica familiar que precede a la adolescencia y continúa a través de ella.

Por lo que de forma importante los adolescentes refieren que de acuerdo a como lo percibe su familia son los comentarios que hacen acerca de su peso:

"a mi me dicen que estoy bien flaca que coma más o no sé, a veces mis tíos también me dicen, pero yo no les hago caso ni les digo nada, mis papas me dicen que deje las papas, porque pues como muchas papas y me dicen que ya no coma sólo eso que voy a engordar" (Ent. 15), "mi papa, me dice que no coma tanto, que voy a engordar, pero ni me afecta, porque son comentarios que el cree, o sea yo, yo se que no puedo comer mucho, pero tampoco mal pasarme, por ejemplo no puedo comer grasa, refrescos, bueno comida chatarra como papas, las pizzas, hamburguesas, el refresco, ahonita acabo de tomar refresco, este, pero mi mamá es lo que me esta controlando, es la que me da la comida, es lo que me da por decir un traguito de refresco, o como fruta o lechuga, pero me da un plato de lechuga con tomate y carne, luego, pero no me da ni mucho ni poquito, me quedo satisfecha con lo que como y creo que si es lo necesario porque lo que mi mamá me da, lo que cree que me puede servir" (Ent. 16).

El mismo Florenzano, refiere que durante la adolescencia la necesidad de ser aceptado por el grupo de pares domina las interacciones sociales, los jóvenes temen a sentirse excluidos por los demás y en sus intentos de establecer su autonomía respecto de los padres, ellos se vuelven hacia sus pares en busca de apoyo y con frecuencia se ven agobiados por dudas acerca de ellos mismos, en las entrevistas los adolescentes refieren ese contexto social, sólo relacionado a lo que refieren sus amigos o compañeros respecto a su peso:

“bueno emm, una amiga me dijo que estaba flaquita, pero que comiera mas y eso todo” (Ent. 2), “Si, que te dicen gorda, y empiezas a bajar la comida y ya” (Ent. 5), “mis hermanos, compañeros de clase y me decían lo mismo de siempre, que estaba gordo, y por que estaba gordo no podía correr, y así todos me ganaban” (Ent. 6), “

mis amigos me perciben como normal con mi peso, por ejemplo una amiga me dice que no estoy gordo, que estoy así normal, yo me siento muy a gusto como estoy” (Ent. 9).

6.4 Percepción por imágenes del peso corporal de los adolescentes

La imagen corporal constituye una parte muy importante de la autoestima de las personas, especialmente en la adolescencia, Según Rivarola en el 2003, la imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que se va gestando desde la niñez y es en la adolescencia donde resulta trascendente para el desarrollo psicosocial del individuo.⁹²

En los últimos años se ha dado una presión sociocultural encaminada hacia una imagen más esbelta y rechazo a la obesidad, por otra parte la globalización en nuestro país que ha permitido la introducción de nuevos alimentos ricos en calorías, esto producto de una sociedad en desarrollo, por lo que la imagen física que genera el peso lo ha generado una preocupación constante que ha trascendido a la salud.

En el estudio después de realizar las entrevistas se le mostraron a los adolescentes una serie de imágenes que corresponden a determinados valores del índice de masa corporal, de ésta forma detectar las posibles alteraciones en la percepción de la imagen a través del peso, se describe lo siguiente:

Cuadro 3. Percepción por imágenes del peso actual

n= 22

Percepción	Bajo Peso	Normal de Peso	Riesgo de Sobrepeso	Sobrepeso
	2	12	2	6
Adecuada	0	10	0	2
Inadecuada				
Subestimación	0	2	2	4
Sobreestimación	2	0	0	0

Fuente: Imágenes corporales de adolescentes del sexo femenino y masculino por edad.

Respecto a la percepción por imágenes se observa que los adolescentes con Riesgo de sobrepeso y sobrepeso lo subestiman, de la misma forma que lo expresan de manera verbal, tendiendo a seleccionar las imágenes que representaban un peso menor al que en realidad tienen. En éste sentido se ha encontrado coincidencia con los datos de Montero et al⁸⁴, tanto las mujeres como los varones de su estudio que se encuentran clasificados con sobrepeso, son quienes lo subestiman al seleccionar las imágenes con menor peso.

En el caso de los adolescentes que fueron clasificados con peso normal, seleccionaron las imágenes que correspondían a su peso actual, por lo que en éste sentido existe una diferencia con los resultados de Montero et al⁸⁴, donde los varones clasificados con éste peso, tendían a subestimarlos, considerando que tenían un peso menor, las mujeres lo sobreestimaban.

Al seleccionar la imagen los adolescentes respondieron en su gran mayoría, que la seleccionaron porque era a la que más se parecían, sólo uno de ellos no acepto seleccionar una imagen, porque refiere que las imágenes suelen ser engañosas

“una persona puede tener una imagen diferente al peso, si una chava se pone una faja, se ve más delgada de lo que pesa en realidad” (Ent.18)

En el caso de los adolescentes clasificados con bajo peso de acuerdo al índice de masa corporal, seleccionaron las imágenes que corresponden a una sobreestimación de peso, que de alguna forma, a pesar de que refieren en la entrevista sentirse bien, en realidad se perciben gordas, siendo así indicativo de

vigilar éstas circunstancias, ya que cuando se presenta una alteración en la percepción los jóvenes van en busca de alcanzar el ideal; por lo que se encontró lo siguiente, cuando se les solicitó que seleccionaran una imagen de acuerdo a como les gustaría estar:

Cuadro 4. Percepción de peso deseado por imágenes

n=22

IMC/ real	Percentil	Adolescentes con IMC / Percentil deseado		
		Bajo Peso	Normal de Peso	Riesgo de Sobrepeso
BP (2)	1	1	0	0
PNL (12)	10	1	1	0
RSP (2)	0	2	0	0
SP (6)	0	6	0	0

Fuente: Imágenes corporales de adolescentes del sexo femenino y masculino por edad.

Se identificó que de los doce adolescentes con peso normal de acuerdo a su clasificación en índice de masa corporal y posterior a percentiles, a una adolescente le gustaría tener un peso menor dando la siguiente razón “*me gustaría estar así para tener buen cuerpo y sentirme bien*” (Ent. 5) , por lo que nuevamente se expresa la idea como lo refiere Raich (1999),⁶⁷ a cerca de el peso ideal continúa siendo el cuerpo delgado en éste sentido se identificó que los adolescentes manifiestan un rechazo por el sobrepeso y el cuerpo delgado es el ideal; éstos datos coinciden con los resultados de Pérez Gil-Romo (2007),⁹³ esto a pesar que sus resultados se dieron para el sexo femenino, pero de igual forma se encontraron éstas percepciones de las imágenes en los adolescentes de ambos sexos.

Uno de los adolescentes señalo que le gustaría tener un mayor peso “*no soy abrazable y se me notan los huesos*” (Ent. 12), y coincidiendo con Rivarola⁹² donde la imagen física sigue siendo un factor importante en la adolescencia y autoestima de los adolescentes; los adolescentes con riesgo de sobrepeso y sobrepeso,

señalaron que les gustaría tener un peso normal por estar *normal* “a mi me gustaría bajar de peso por estar normal” (Ent. 13), “a mi si me importaría bajar de peso, por lo que más me importaría es por salud”(Ent. 14).

Respecto a los adolescentes con BP se identificó que les gustaría continuar así “ porque me gusta mi figura, me siento cómoda”(Ent.22), y “ porque me gustaría sentirme normal” (Ent.2).

Para Olesti-Baiges et al⁸³, son las adolescentes que se encuentran dentro del percentil de peso normal en las imágenes las que les gustaría tener una imagen más delgada por debajo del percentil normal, dato que coincide con los resultados del presente trabajo, y como lo refiere Thompson en 1990, las alteraciones en la imagen corporal, son factores precipitantes para el desarrollo de trastornos en la alimentación, porque los jóvenes estiman de manera incorrecta sus dimensiones corporales.

Asimismo se encuentra coincidencia con los resultados de Conxa Perpiña⁷¹ donde hace referencia que la insatisfacción con la imagen corporal está relacionada con el peso percibido más que con el real, es que los adolescentes que se perciben como “gordos” aunque su IMC sea el normal, manifiestan una insatisfacción o preocupación por engordar , es que estos datos concuerdan con los resultados del estudio de Brener et al⁹⁴ donde son precisamente los adolescentes que así se perciben los que tienden a engancharse en prácticas de control de peso.

6.5 Percepción del peso corporal de los adolescentes en comparación con el índice de masa corporal

En lo referente a la comparación que se ha venido realizando durante el estudio, de una forma más sintética y de acuerdo a la clasificación del peso de los adolescentes por el índice de masa corporal, se encontró lo siguiente:

Cuadro 5. Percepción del peso corporal de los adolescentes por palabras y por imágenes en comparación con el índice de masa corporal.

n =22

No	Sexo	IMC	Percentil	Clasificación	Percepción	
					Por palabras	Por imágenes
1	Fem	21.4	72.5	PNL	Yo me siento gorda, es que veme estoy bien gorda, parezco una pelota, mira mis llantitas	Percepción adecuada
2	Fem	13.5	0.1	BP	Chiquita, es que tengo los bracitos muy chiquitos, yo creo que porque soy muy chaparrita, también las piernas son muy delgadas.	Percepción adecuada
3	Masc	26.3	96.3	SP	Bien de peso	Percepción inadecuada (SP/PNL, sub-estimación)
4	Masc	32.8	99.1	SP	Mas gordo, mas grande, definitivamente mas gordo, mi peso muy alto,	Percepción inadecuada (SP/PNL,

					creo que ando por los 90 kg	sub-estimación)
5	Fem	20.6	64.7	PNL	Me siento como que gorda	Percepción adecuada
6	Masc	22.9	81.6	PNL	Me siento gordo, me veo así medio robusto.	Percepción adecuada
7	Masc	29.7	97.7	SP	Pasado de peso porque mi estatura es de cerca de 1.80 y peso cerca de los 70 kilos	Percepción adecuada
8	Fem	17.8	20	PNL	Yo pensé que estaba demasiado delgada y me preocupaba porque sí comía bien, pero no entendía porque no estaba gordita como los demás, estoy muy delgada.	Percepción adecuada
9	Masc	27.8	96.9	SP	Bien	Percepción inadecuada (SP/PNL, sub-estimación)
10	Masc	21.0	65.6	PNL	Con mi peso bien, perfectamente	Percepción adecuada
11	Masc	20.2	73.1	PNL	Pues bien, no me siento ni gordo ni flaco, yo creo que estoy bien	Percepción inadecuada (PNL/BP, sub-estimación)
12	Masc	18.5	50.6	PNL	Se sienten mis huesos	Percepción

						adecuada
13	Masc	24.4	93.6	RSP	Pues bien, bueno a veces me siento pesado, creo que si estoy muy gordo.	Percepción inadecuada (RSP/PNL, sub-estimación)
14	Fem	31.6	98.5	SP	A mi si me importaría bajar de peso	Percepción adecuada
15	Fem	20.2	53.3	PNL	pues bien, yo digo que estoy bien	Percepción inadecuada (PNL/RBP, sub-estimación)
16	Fem	24.2	91.8	RSP	Pues bien, no me siento, ni muy gorda ni muy flaca, así me siento bien.	Percepción inadecuada (RSP/PNL, sub-estimación)
17	Masc	27.6	96.8	SP	Normal, no le quitaría ni le pondría nada	Percepción inadecuada (SP/RSP, sub-estimación)
18	Masc	20.6	69.4	PNL	Bien, porque desde chico he estado así, entreno, como bien, creo que estoy bien balanceado.	Percepción adecuada
19	Fem	21.6	79.6	PNL	normal, no gorda ni flaca, yo me siento muy bien de cómo estoy	Percepción adecuada
20	Fem	19.4	59	PNL	Me siento bien	Percepción adecuada

21	Fem	15.3	4.8	BP	Bien, no me veo gorda, ni flaca, ni nada, me siento normal.	Percepción inadecuada (BP/PNL, sobre-estimación)
22	Fem	18.3	34.8	PNL	Me siento normal	Percepción adecuada

Fuente: Directa.

Son los adolescentes clasificados con peso normal (percentil 15 al 85), los que refieren sentirse bien con su peso, y así lo determinan en la primera selección de imágenes, sin embargo les gustaría tener un peso menor al actual, porque tienden a sobreestimar su peso; este grupo de adolescentes, son los que revelan de manera importante la realización de prácticas físicas y adopción de dietas para bajar de peso, seguramente porque están deseosos de alcanzar un peso ideal para ellos que corresponde a un peso menor al actual; asimismo refieren en su mayoría que su familia y sus amigos son determinantes en la percepción de su peso, ya que de acuerdo a los comentarios que les realizan a cerca de su peso, es como inicia un sentido de una percepción que en algunos casos ellos no tenían concebida " *yo me empecé a ver gorda desde que mi tío me dijo, que como que me estaba engordando* " (Ent. 5). De una manera importante denota en sus conductas alimentarias una disminución en alimentos que consideran que "engordan", al igual que establecen su control de peso.

En el caso de los adolescentes clasificados como riesgo de sobrepeso (percentil 85 a 95) y sobrepeso (percentil mayor de 95), que fueron 8 en total, se encontró que de manera verbal concuerdan con ésta clasificación, sin embargo tanto en la entrevista como en las imágenes actuales, tienden a subestimarlos (pesan menos de lo actual), siendo así que les gustaría verse con un peso normal.

Ante esta situación se encontró que tanto las como los adolescentes, seguramente por dicha subestimación continúan con sus prácticas alimenticias, que se caracterizan en la mayoría por el consumo de alimentos sobre-energéticos, con poca actividad física, siendo así que identifican de manera

general los riesgos de enfermedades crónicas pero en los adultos, permaneciendo en ellos el sentimiento de infalibles ante estas enfermedades durante la adolescencia, además que se encontró que en ellos permanece el mito de que los “flacos” son los que se enferman más.

El control de peso que se da en ellos es a través de sus mamás, las cuales buscan a los expertos en nutrición con la finalidad de que se les informe que deben comer y que no, aunque los adolescentes no se encuentren muy convencidos para bajar de peso, ya que de igual forma son ellas y el resto de su familia quienes motivan y mantienen las prácticas y conductas que han prevalecido en su familia, identificando así los adolescentes que estos extremos en el peso se deben por un lado al factor genético, y por otro a los hábitos antes referidos.

Los adolescentes clasificados con peso bajo (2), de acuerdo a la clasificación del índice de masa corporal en el percentil 5 al 15, se encontró que, refieren sentirse bien con su peso actual, en éste caso fueron adolescentes del sexo femenino, sin embargo en las imágenes actuales tienden a sobreestimarlos es decir, se ve con peso mayor al actual, pero les gustaría seguir viendo así, es decir con peso bajo, por lo que seleccionaron las imágenes que correspondían a dicho percentil, por lo que en ellas se identificó, que su peso bajo se lo atribuyen a factores genéticos, como así lo refieren en la entrevista 21 y 22, sin embargo y seguramente porque sobreestiman su peso y desean seguirse viendo delgadas, mantienen conductas alimentarias donde se saltan las horas de sus alimentos, dejan de consumir otros alimentos, el consumo de alimentos sobre-energéticos es eventual, pero no tienen una práctica física continua. Refieren acudir con el nutriólogo para subir de peso, pero dejan de acudir porque no ven los resultados esperados para su familia.

En éste sentido las madres de familia son importantes en la percepción de éstas adolescentes, ya que por un lado les permiten el consumo de alimentos por gusto y cuando se les antoja, y por otro lado mantienen una lucha constante con sus hijas sobre lo que deben comer para subir de peso, incluyendo recurrir a

agresiones verbales que son tomadas por las adolescentes como un rechazo a su persona.

Siendo así que los adolescentes clasificados en algunos de los extremos del peso, ya sea peso bajo, riesgo de sobrepeso y sobrepeso según la clasificación del IMC en percentiles, son los que refieren en su mayoría ser rechazados y criticados por sus compañeros o amigos, por lo que buscan la normalidad en el peso por la búsqueda de ésta aceptación y por el temor a tener en una etapa futura alguna enfermedad crónica como la que reconocen en sus familiares.

Los resultados anteriores coinciden de manera importante con los hallazgos de algunos autores ya discutidos anteriormente ^{71-83,84,85,86,87,88-92,93,94}

7. CONCLUSIONES

En el estudio se identificó que la mayor parte de los adolescentes de ambos sexos, presentan una alteración en la percepción de su peso, ya que de acuerdo a sus expectativas y deseo de un peso ideal, independientemente de su peso actual los lleva a tomar medidas de control ya sea para subir o bajar de peso, sin que se cuente con la supervisión del personal de salud.

Asimismo se identifica que en los adolescentes, los principales factores que influyen en la percepción de su peso son : el deseo por mantener o alcanzar un peso ideal, y que éste está determinado por los modelos estereotipados que manejan los medios de comunicación, así como la comparación continua que realizan con sus compañeros o amigos; el deseo de ser aceptado en algún grupo social entre los que se encuentran los deportivos, y sin dejar de mencionar a la familia, en éste sentido, ellos refieren con frecuencia que los comentarios de la familia entre los que destacan los papas, los hermanos y los tíos, son los que inician según ellos refiriendo que los adolescentes presentan una alteración en el peso, llegando en algunos casos a la violencia verbal.

Por lo que incluso, los padres de familia y el círculo social en el que se desenvuelve el adolescente permite y motiva de forma importante, que adopte ciertas conductas alimentarias y de actividad física, todo depende de la percepción del peso.

Los adolescentes de ambos sexos revelan durante la entrevista una preocupación constante por su peso, ya que es a partir de éste la imagen corporal que tendrán, por lo que el control de éste retoma demasiada importancia para ellos.

Otra situación importante que se puede concluir es que los adolescentes refieren que una situación que influye en la percepción del peso, es el estado de aceptación del mismo, ya que los adolescentes en alguno de los extremos de peso refieren ser rechazados y criticados continuamente.

Asimismo se identificó que de acuerdo a la percepción que tienen del peso los adolescentes son las medidas que toman para alcanzar su peso ideal, por lo que no sólo se hizo importante identificar si se encontraban en peso bajo, normal o alto, sino que la investigación permitió reconocer datos iniciales de trastornos en la conducta alimentaria, siendo así que a partir de lo establecido a priori durante el estudio se concluye que los factores sociales, familiares e individuales como la autoestima influyen de forma interrelacionada con la percepción actual y deseada de los adolescentes.

Por lo que el papel de la enfermera y el equipo de salud, en cuestiones administrativas debe ir considerando la planeación de programas que por un lado vayan enfocados a producir cambios en la conducta alimentaria de las familias, a través de la educación familiar; en el aspecto social empezando por la institución educativa se requiere renovar los productos chatarra por menús nutritivos, y en el ámbito individual, como una forma de mejorar la autoestima y afianzar esa identidad en base a la imagen que les produce el peso, los programas tienen que ir encaminados a concientizar desde el mismo proceso de crecimiento y desarrollo de los adolescentes sobre sus necesidades y requerimientos nutricionales, así como la formulación de programas que eviten el sedentarismo y promuevan la actividad física de acuerdo a las condiciones del peso.

8. LIMITANTES DEL ESTUDIO

En el presente trabajo las principales limitaciones fueron las relacionadas con los aspectos técnicos, en el manejo de las grabaciones, así como en el proceso de transcripción de las entrevistas.

9. SUGERENCIAS

9.1 Sugerencias de estrategias derivadas del estudio

- Programa de intervención sobre nutrición para los adolescentes.
- Programa de cooperativa escolar dirigido a la venta de alimentos nutritivos
- Programa de intervención sobre la actividad física para los adolescentes.
- Programa de asesoramiento para ayudar a los adolescentes a adaptarse a los cambios físicos y emocionales normales que experimentan
- Programa de detección oportuna de alteraciones en el peso corporal de los adolescentes.

9.2 Sugerencias de otras investigaciones a partir del presente estudio

Dado que la investigación se realizó en una institución privada, se recomienda la implementación de éste tipo de estudios en instituciones públicas, asimismo considerar retomarlo en la tercera etapa de la adolescencia.

Asimismo se recomienda la realización de este tipo de estudios considerando la percepción de los padres de familia, ya que como se mostró son un factor importante en la percepción del peso.

Realizar estudios que permitan identificar los factores que influyen en la percepción del adolescente sobre su peso corporal.

Desarrollar estudios comparativos de la percepción de ambos padres del peso corporal de los hijos.

Explorar de forma cualitativa la percepción de los padres de familia sobre el peso corporal del hijo, las creencias y acciones que realizan para controlarlo.

En el sentido de los resultados se sugiere la participación de la familia y de los adolescentes en la generación de programas que vayan encaminados a realizar cambios en la conducta alimentaria y en la actividad física de los adolescentes, ya que es a partir de lo que ellos refieren, lo que origina la necesidad de realizar acciones contundentes en los estilos de vida actuales.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la salud. Definición de conceptos. Ginebra Suiza 1982
2. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. IX Censo General de Población y Vivienda 2000. Resumen General . México DF: 2000.
3. Elliot Jm, Feldman S. Growth at adolescent . 2ª ed. Oxford : Blackwell scientific; 1992.
4. Euroresidentes Siglo XXI. Etapas de la adolescencia [serial online]2000 Jan-Mar [citado 19 de Diciembre 2006];1 (1). Disponible en : URL: <http://www.euroresidentes.com/adolescents/etapas.htm>
5. Silber T. Manual de Medicina del adolescente. Washington :OPS; 1998.
6. Sileo E. Medicina del Adolescente. Caracas Venezuela: OPS; 1998
7. Wong Donna L. Enfermería Pediátrica. 4ª ed. México DF; Harcourt-Mosby; 1995: 452-457.
8. Aguilera Barreiro Ma. De los Angeles, Milàn Suazo Feliciano. Mapa Nutricio y riesgos de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Queretaro México. RESPYN 2006; 7 (1): 1-9 .
9. Pirouznia M. The association eating between nutrition and eating behavior in male and female adolescents in the US . Nut 2000; 4 : 27 – 33.
10. Poy ato Domínguez JL, Sanchez Espejo M, Poyato Domínguez M, Cañete Estrada R. Desórdenes alimenticios en adolescentes. Análisis estadístico de los cuestionarios " eat" "bit". Pediatría 2003; 23 (8): 317-323.
11. Fer nandez R, Moncada J. Obesidad y Sobrepeso en la población estudiantil costarricense entre 8 y 17 años. Rev costarric cienc méd [online]jul 2003; 4(3-4):95-113 [citado el 10 de marzo del 2007]Disponible en : <http://www.scielo.sa.cv/scielo.php>.

12. Briones Ortiz Nancy, Cantù Martínez Pedro. Estado nutricional de adolescentes. Riesgo de sobrepeso y sobrepeso en una escuela secundaria pública de Guadalupe Nuevo León. RESPYN 2000; 2(1): 10-15
13. Iruarizaga I, Romero N, Rubio M, Cabrerisso L. Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida.[Psicología .com]2004[citado el 22 de diciembre del 2006]. Disponible en línea:
<http://www.psiquiatria.com/psicologia/621>
14. Go Idgerb A. Secuelas de Obesidad en Salud.[Obesidad net] 2002.[citado el 20 de Diciembre del 2006]. Disponible en línea: <http://www.obesidad.net/spanish/2002/secuelas3.shtml>
15. FAO. Necesidades de energía y proteínas. Serie de Informes técnicos. Ginebra 2000
16. Fondo de población de las naciones Unidas. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio. Estado de la población mundial. Nueva Cork (NY): FNUAP, 2004.
17. Organización Mundial de la Salud. Medición del Cambio del Estado Nutricional. NHCS-OMS. Ginebra 2000.
18. Organización Mundial de la Salud. Consultation on obesity.Ginebra Suiza 2000: 3-5.
19. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. IX Censo General de Población y Vivienda 2000.Resumen General . México DF: 2000.
20. Gordon M Wardle, Hampl Jeffrey S, A Disilvestro Robert. Perspectivas en Nutrición. 6ªed. Mexico DF: mc Graw Hill; 2000
21. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición .Salud en Adolescentes. Mexico DF. 2006
22. Cámara de Diputados 59 Legislatura. Partido Verde Ecologista de México. Costos económicos de la Obesidad . México DF 2005.

23. Serrano Sierra A, Prieto G. Obesidad en los niños . Corazòn y salud 2000; 4 (4):9.
24. Foz M, Hormiguera X. Obesidad.Madrid España: Harcourt Brace;1998:3-4
25. Miñ ana Vitoria, Sierra Dalmau. Prevalencia de Obesidad en Infancia y Adolescencia. Nutrición Clínica 2004; 14 (2): 35-44
26. Albana Doratioto Renata, Bourgermino de Souza Sonia. Estado Nutricional de adolescentes em uma escola publica do Sao Paulo. Saude Publica 2001; 17 (4): 15- 35.
27. Poyato Domínguez JL, Sanchez Espejo M, Poyato Domínguez M, Cañete Estrada R. Desórdenes alimenticios en adolescentes. Análisis estadístico de los cuestionarios " eat" "bit". Pediatría 2003; 23 (8): 317-323.
28. Araújo Saniger Marcela, Serrano Morón Milagros, Blanca Gutierrez Joaquin, Estrella Perez Alicia. Enfermería Científica 2001; Septiembre-Octubre (234-235): 8-14.
29. Uñikel Santoncini Claudia, Bojorquez Chapela Ietza, Villtorio Velásquez Jorge, Fleiz Bautista Clara. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Rev Invest Clin 2006 ; 58 (1):15 -27.
30. Programa Nacional de Salud del Adolescente, México DF, 2001- 2006.
31. Proyecto de Norma Oficial Mexicana. NOM -043-SSA1-1998 para los Servicios Básicos en Materia de Alimentación.
32. Norma Oficial Mexicana. NOM-009-SSA2-1994 para el Fomento de la Salud Escolar.
33. Muñoz París Maria Jose, Perez Ruiz Isabel, Muñoz París Ana María, Jiménez Francisca. Papel educativo de enfermería en las escuelas: estudio nutricional en alumnos de educación secundaria. Enfermería Científica 2002; Julio-Agosto(244-245): 77-79.

34. Tizón Bouza Eva, Vázquez Campo Miriam. Educación para la Salud Nutricional de los adolescentes. *Enfermería Científica* 2004; Marzo-Abril (264-265): 5-10
35. Paratakul S, White M, Ryan D, Bray G. Sex, Race, ethnicity, socioeconomic status and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obesity Research* 2002; 10 (5): 345-349.
36. Brenner N, Eaton Danice, Lowry R, McMamus T. The association between weight perception and BMI among high school students. *Obesity Research* 2002; 12 (11): 1866-1874.
37. King I. *Sistemas Personales. Enfermería como profesión*. México: Limusa; 1992:31-38
38. Salazar JM, Montero M, Sanchez E, Santero E, Villegas J. *Percepción social*. México DF: Trillas; 2003:77-108
39. Baron Robert. *Psicología*. México DF: Prentice Hall; 1996: 131 – 138
40. Silber T. *Manual de Medicina del adolescente*. Washington :OPS; 1998.
41. Brunner y Suddarth. *Enfermería Medico-Quirúrgica*. 7ª ed México DF: Interamericana-Mc Graw Hill; 1994: 1762.
42. Sileo E. *Medicina del Adolescente*. Caracas Venezuela: OPS; 1998
43. Ingersoll G. *Desarrollo psicológico y social*. Buenos Aires: Medica Panamericana; 1996: 125-132.
44. Watkins J, Williams M. *Neurociencia Cognitiva y Desarrollo del adolescente*. Buenos Aires: Medica Panamericana ; 1998: 133-140.
45. Pápalia D, Wendkos S. *Desarrollo intelectual en la adolescencia*. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 1991: 593-626.
46. Watson R, Clay H. *Desarrollo físico, mental y moral*. México: Limusa; 1991: 593-626

47. Papanicolaou D, Wendkos S. Personalidad y desarrollo social en la adolescencia. Bogotá; Mc Graw-Hill Interamericana : 1999: 559- 597.
48. Watson R, Clay H. Desarrollo físico, mental y moral. México; Edit. Limusa 1991 :593-626.
49. Ortiz L. Evaluación nutricional de los adolescentes. Conceptos Generales. Rev Med 2002; 40 (1): 61-70
50. Sileo E. Desarrollo psicosocial en la adolescencia. Caracas: OPS ; 1992 :121-123
51. Florenzano R. Desarrollo psicológico. Washington DC: OPS; 1992 :75-78.
52. Rivalta Maria Fernanda. La imagen Corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. Fundamentos en Humanidades 2004; 4 (007-008): 149-161.
53. Beato L, Rodríguez T. Relación de las fases de cambio con la autoestima en pacientes con trastornos de conducta alimentaria: seguimiento al año. [Psiquiatría.com]2004[citado el 23 de diciembre del 2006] Disponible en línea: <http://www.psiquitria.com/articulos/alimentación.shtml>
54. Consumer Eroski. Tipos de alimentación de acuerdo a la edad. [online] julio 2004 Disponible en : <http://trabajo y alimentos consumer.es/documento>.
55. Organización Mundial de la Salud. Definición de Conceptos. Ginebra 1998
56. Center of Disease Control and Prevention. Percentiles de estatura por edad y sexo. [CDC.com]2000[citado el 27 de julio del 2007] Disponible en línea: <http://www.cdc.gov/growthcharts>
57. Mallick MJ. Health hazard of obesity and weight control in children, a review. Raviessin E, Lilliaja S, Knowler WC, et al. Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight. New Engl J Med 1998;318:467-72.

58. L anghans W. Role of the liver in the metabolic control of eating: what we know and we do not know. *Neurosci-Biobehav Rev.* 1996;20:145-53.
59. Zhan g Y. Positional cloning of the mouse obese gene and its human's homologue. *Nature* 1994, 372:425-32.
60. Krude e t al. Severe early onset of obesity, adrenal insufficiency and red heir pigmentation caused by POMC mutations in humans. *Nat Genet* 1998;19(2):155.
61. Ch ey WY. Regulation of pancreatic endocrine secretion. *Int J Pancreatol* 1991;9:7-20.
62. Sh adle K. Healthy Familias-healthy bodies preventing obesity. *Total Health* 2001; 25 (5): 22-24
63. Tor o J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedd. Barcelona España: Ariel : 1999
64. Tor o J, Villardell E. Anorexia Nerviosa. *Salud 2000.* Barcelona España: martinez roca 1999.
65. Picho t P, Lopez Ibor J, Valdés M. M DSM IV. Breaviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona. Masson SA. 2001.
66. Arguello M, D iaz J, Barrio R, Martín C. Anorexia Nerviosa, una experiencia de seguimiento nutricional. *Rol de Enfermería* 1999 : Marzo (167): 71-74
67. Ra ich R M, Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Pirámide, Madrid 1999.
68. Zar agoano Jesús Fleta, et al. Bulimia Nerviosa. Un trastorno de la conducta alimentaria poco conocido. *Enfermería científica* 2004; Enero-Febrero (262-263): 19-27.
69. Ha lmi K. Classification of the eating disorders. *J Psychiatr Res.* 1990; 19 : 113- 119

70. Pe ralta Rivera Rita. Percepción de Mujeres Adolescentes sobre su peso Corporal y sobre la Atención que recibe en el EB AIS. Programa Integral a la Salud 2002 : 28-34.
71. Pe rpiña Conxa, Boños Rosa María. Distorsión de Imagen corporal: un estudio en adolescentes. Rev Anales de Psicología 1990 6 (1): 5-9.
72. Min ayo M C. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. México : Le lugar editorial; 2002: 239-269.
73. Ru iz Olabuénega JI. El diseño Cualitativo. Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao : Universidad de Deusto; 1996; 64.
74. Iñig uez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa. Aten Primaria 1999; 23: 496-502.
75. Ca stro R. Ciencias sociales y salud en México. Movimientos fundacionales y desarrollos actuales. Rio de Janeiro: Ciencia y Salud colectiva; 2003:47-62.
76. Ins tituto Cultural Manuel Jose Othón A.C. Memorias 1953-1986
77. L ey General de Educación. SEP. México DF 1993.
78. Ha guette T. Metodología Cualitativa en lo social. 6ª edición. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
79. Me rcado Francisco J, Gastaldo Dense, Calderon Carlos. Investigación Cualitativa, ¿ Intrinsecamente etica?. Revista Index de Enfermería 2000; 9 (28-29): 9-10.
80. Pé rez Serrano M. Investigación Cualitativa, retos e interrogantes. Madrid: La Muralla; 1994:50
81. Se cretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud 1987. México DF. [citado el 27 de enero del 2007]Disponible en línea:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.htm>

82. Diaz M. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. *Revista Chilena de Pediatría* 2000; 71 (4): 1-7.
83. Oles ti – Baiges Monserrat, et al. Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enferm Clin* 2007; 17(2):78-84
84. Monte ro P, Morales E, Carvajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo* 2004; 8 (107-116). [citado el 20 de julio del 2007] Disponible en línea: <http://www.didac.ehu.es/antropo>
85. Pe ralta Rivera Rita. Percepción de Mujeres adolescentes sobre su peso corporal y sobre la atención que recibe en el EBAIS. Programa Integral a la Salud; San José Costa Rica 2002:28-34
86. Pa lacios Esquer María del Refugio, et al. Nutrición en adolescentes de educación media superior. *Centro de investigación en alimentación y desarrollo* 2000; 4-14.
87. My ers S, Vargas Z. Parental perception of the students obese child. *Pediatric Nursing* 2000; 26 (1):23-30.
88. Ro dríguez A, et al. El ejercicio físico y hábitos alimentarios en adolescentes de Cádiz. *Revista española de Salud Pública* 1999; 73 (1): 81-87
89. J ackson D, et al. Mother's perception of overweight and obesity in their children. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2006; 23(2):8-13
90. Ca sanova Aranda Inmaculada, et al. Trastornos de conducta alimentaria: una epidemia en países occidentales. *Enfermería Científica* 2004; 262-263:5-15
91. Ag uilar Ye, et al. La autoestima y su relación con el IMC. *Revista Mexicana de Pediatría* 2002; 69 (5): 190-193.

92. Riva rola Maria Femanda. La imagen corporal en adolescentes mujeres. Su valor predictivo en trastornos alimentarios. Fundamentos en Humanidades 2003; 4 (007-008): 149-161
93. Pé rez Gil-Romo Sara, Vega García Luz, Romero-Juárez Gabriela. Prácticas alimentarias de mujeres rurales ¿una nueva percepción del cuerpo? Salud pub Mex 2007; 49: 52-62
94. Brener Nancy D, Eaton Denice K, Lowry Richard, Mc Manus Tim. The association between weight perception and BMI among high school students. Obesity research 2004; 12 (11): 1866-1874
95. N orton K, Olds T. Antropométrica. 3ª ed. Argentina; Biosystem Servicio Educativo; 2000.
96. Arac enta J. Nutrición comunitaria. 2ª ed. Barcelona España ; Masson SA; 2001.
97. Ca lzada R. Crecimiento del niño. Fundamentos Fisiopatológicos. México; Mc Graw-Hill Interamericana; 1998.

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ANTENCION DE ENFERMERIA

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE "PERCEPCION DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SU PESO CORPORAL EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA MEDIA BASICA"

ACTIVIDAD	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag o	Se p	O c t
Revisión bibliográfica													
Elaboración de planteamiento del problema													
Elaboración de Diseño Metodológico													
Elaboración de Marco teorico y Conceptual													
Incorporación de Observaciones al protocolo de investigación													
Selección de													

participantes													
Firmas de consentimiento o informado													
Acercamiento al contexto de los informantes													
Realización de Entrevistas													
Trabajo de Campo: Desgrabar entrevistas, transcripción y verificación;													
Discusión y análisis de información													
Presentación de Informe final													

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ANTENCION DE ENFERMERIA

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Mi nombre es _____

Acepto participar: _____

No Acepto participar: _____

De forma voluntaria en el estudio que se denomina " Percepción de los Adolescentes sobre su Peso Corporal en una Institución Educativa Media Básica", donde el investigador me ha informado que no existe ningún riesgo para la salud de acuerdo a los artículos de la Ley General para la Salud en materia de Investigación. Así mismo se me ha informado que se realizará una entrevista que será grabada y que se codificará para mantener la confidencialidad e individualidad y ante lo cual estoy de acuerdo.

Estoy bajo el conocimiento que también se me pesará y medirá para obtener el índice de masa corporal y que será de forma individual y también confidencial, así mismo se me ha informado que durante mi participación también se me mostrarán una serie de imágenes de las cuales se tiene que elegir una de acuerdo a como me percibo visualmente.

El investigador también me ha comunicado que toda la información que se obtenga será con fines académicos pero que mi participación es muy importante ya que de ello dependerá la formulación de programas y estrategias de salud que permitan una mejora en la calidad de vida de los adolescentes sin embargo también estoy bajo el conocimiento de que cuando sea mi decisión me podré retirar de la investigación sin reprimenda alguna.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA
ANEXO 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR DEL
ADOLESCENTE.

San Luis Potosí., S.L.P. Fecha: _____

Estimado Sr (a):

Por medio de éste conducto le informamos que el personal que labora en el Departamento de Enfermería del Instituto Cultural Manuel José Othón A. C. está llevando a cabo una investigación como parte de su desarrollo profesional.

La Investigación se titula " Percepción de los adolescentes sobre su peso corporal en una Institución educativa media básica", dicha investigación tiene como objetivo explorar las percepciones que para ellos representa el peso corporal, para lo cual se llevará a cabo de una a dos entrevistas dentro de la misma institución o bien si es necesario y de acuerdo a su autorización podrá llevarse a cabo en su domicilio particular.

Las entrevistas serán grabadas y se identificarán por códigos, lo cual implica la confidencialidad total del participante, posteriormente se llevará a cabo la toma de peso y talla y se obtendrá su índice de masa corporal para su clasificación.

Al finalizar la entrevista se le mostrarán unas imágenes al joven, de las cuales seleccionará una de acuerdo como él o ella se percibe con su peso actual .

La selección de los participantes será al azar, y se considera tomar a 2 alumnos por cada grado, uno del sexo femenino y otro del masculino.

Toda la información obtenida será confidencial y se utilizará con fines académicos, por lo cual es importante su participación además de que servirá como diagnóstico para la implementación de estrategias de salud que impacten y por ende mejoren la calidad de su vida.

Autorizo que mi hijo (a) participe en la Investigación “ Percepción de los adolescentes sobre su peso corporal en una institución educativa media básica”

Fecha_____

Nombre del Padre_____

Nombre del Alumno_____

Grupo_____

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA
ANEXO 4
GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PREGUNTA DETONADORA:

¿Cómo consideras tu peso corporal ?

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- ¿ Has realizado alguna acción para controlar tu peso?
- ¿Cómo describirías tus hábitos alimenticios?
- ¿Que es para ti la actividad física en relación a como percibes tu peso corporal?

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

ANEXO 5

CEDULA DE DATOS PERSONALES Y MEDICIONES ANTROPOMETRICAS

Código _____

Fecha de entrevista: _____

Hora de inicio _____ Hora de término: _____

Datos del adolescente:

Edad _____

Sexo _____

Lugar de nacimiento _____

MEDICIONES

Peso: _____

Talla _____

IMC _____

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

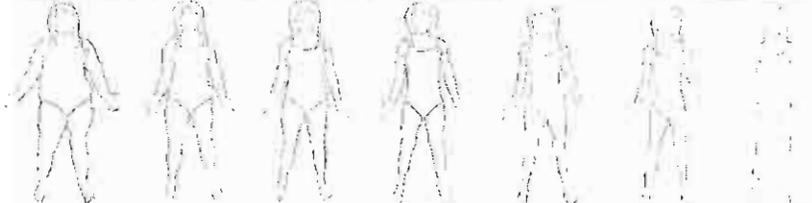
FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ANTENCION DE ENFERMERIA

ANEXO 6

IMÁGENES DE PESO CORPORAL: SEXO FEMENINO

Por Favor encierra en un circulo la imagen a la que más te pareces de acuerdo a tu edad y ¿ porque la seleccionaste?

Ages 10-13	
Ages 14-17	

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

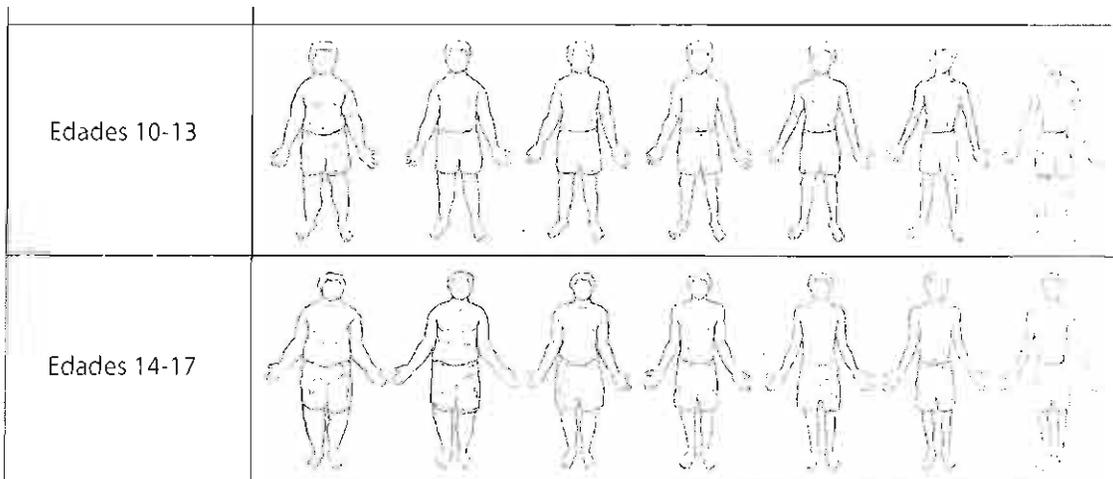
FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ANTENCION DE ENFERMERIA

ANEXO 7

IMÁGENES DE PESO CORPORAL. SEXO MASCULINO

1. Por Favor encierra en un circulo la imagen a la que más te pareces de acuerdo a tu edad y dime ¿Por qué la seleccionaste?



© 2003 Scott Millard

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ANTENCION DE ENFERMERIA
ANEXO 8
CARTA DE AUTORIZACION DEL INSTRUMENTO DE IMÁGENES CORPORALES
PARA AMBOS SEXOS

It was with great interest that we read your fine article Parent's Perception of Their Child's Weight and Health published in the Pediatrics in 2006 March; Vol. 117 (3), pp. 681-90. I am writing to you to inquire about the possibility of making available to us the survey and series of sketches for boys and girls that were used in the study.

I would, therefore, like to know how we might be able to obtain this and also, the permission related to their use and to translation to the Spanish language by realice a study similar with teenager.

Thank you for your attention and we hope to hear from you soon

ANSWER:

Great. Use whatever you need. The sketches and the questions we used in the study are posted in English and Spanish versions at.

Let me know if you need anything else.

Helen Binns

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA
ANEXO 9
TECNICA PARA PESAR Y MEDIR A LOS ADOLESCENTES

Talla

El estadímetro fue montado contra una pared y sobre una superficie plana. Posteriormente se pidió al adolescente que retirara todo tipo de objetos de la cabeza o peinados que alteraran la medición. Así mismo se le solicitó que se despojara de su calzado y de la ropa gruesa. Después se pidió que se colocara de pie delante del estadímetro con el cuerpo totalmente erguido, con los pies unidos por los talones formando un ángulo de 45° y los brazos a los costados colgando de una manera libre y natural.

El investigador traccionó la cabeza del adolescente hacia arriba, firme pero con suavidad, para asegurarse que las articulaciones de la columna y miembros inferiores se encontraran en extensión fisiológica y le pidió que mantuviera la vista al frente. Una vez que corroboró que los talones, las nalgas y la parte media superior de la espalda se encontraban en contacto con la guía vertical, se colocó frente al estadímetro y tomó la lectura en centímetros ajustándola al 0.1 cm más cercano (Aranceta, 2001; Norton & Olds, 2000; Calzada, 1998)

Peso

La medida se determinó con el adolescente en ropa ligera y descalzo. La báscula fue colocada en una superficie plana y se verificó que ésta se encontrara calibrada, es decir, se confirmó que el registro estuviera en cero. Después de ello se pidió al adolescente que se subiera a la plataforma de la báscula y se parara en el centro de la misma sin apoyo y con el peso distribuido en forma pareja en

ambos pies, con la cabeza elevada y la vista hacia el frente. El investigador se posicionó frente a la báscula y realizó la lectura en el centro de la misma sin apoyo y con el peso distribuido en forma pareja en ambos pies, con la cabeza elevada y la vista hacia el frente. El investigador se posicionó frente a la báscula y realizó la lectura de la medición cuando los dígitos en la pantalla dejaron de reportar cambios. La medida fue expresada en kilogramos.^{95,96,97}

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA
ANEXO 10
BASCULA

La báscula tiene un diseño moderno está hecha de fundición hierro gris, tiene un acabado blanco electrostático y tiene una capacidad de 160 kg. La división mínima es de 100 g. La dimensión de la plataforma es de 27 cm x 36.5 cm.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

ANEXO 11

CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON RESPECTO
A LA PERCEPCIÓN POR PALABRAS DEL PESO CORPORAL

No	Percepción por palabras	Conductas alimentarias
1	Yo me siento gorda, es que veme estoy bien gordita, parezco una pelota, mira mis llantitas	Desayuno antes de ir al colegio: Nunca desayuna nada Recreo: unas papas y un refresco 2 Recreo: puede ser que no coma nada Comida: carne, verduras, sopa y algunas veces agua Cena: cereal con leche y muchas de las ocasiones nada
2	Chiquita, es que tengo los bracitos muy chiquitos, creo que soy muy chaparrita, también las piernas son muy delgadas.	Desayuno antes de ir al colegio: huevo con jamón , o cereal o un vaso con leche. Recreo: sándwich, un juguito, o una torta, papas y refresco. Segundo recreo: unas galletas Comida: mariscos, verdura, fruta, acompañado de agua de sabor Cena: siempre quesadillas con jamón De repente no come porque no le da hambre, y no se le antoja lo que hace su mamá.
3	Bien de peso	Desayuno: un cereal o un vaso con leche y chocolate Recreo: un sándwich, un torta, un jugo o refresco, unas papas que compro en la cafetería 2 Recreo: unas galletas o una dona o un jugo Comida: frijoles, sopa, pollo, carne, casi no fruta ni verdura

		<p>Cena: una quesadilla</p> <p>Agua: como 1½ litro de agua al día y después de ir al gym</p> <p>Come acompañado de padres</p> <p>Comida Rápida: una hamburguesa, los sábados, o domingos, y pizzas a veces para cenar los fines de semana</p>
4	<p>Mas gordo, mas grande, definitivamente mas gordo, mi peso muy alto, creo que ando por los 90 kg</p>	<p>Desayuno: un cereal, o un vaso con leche</p> <p>Recreo: no le mandan lonche, y se compra, un mollete, unas papas y un refresco</p> <p>2 Recreo: otras papas, o frituras, o palomitas de maíz y un jugo</p> <p>Comida: pescado, carne y pollo, las verduras no le gustan, y tampoco la fruta</p> <p>Más tarde: papas, refresco, chocolates, y nieve</p> <p>Cena: tacos, hamburguesas, pizzas, quesadillas, cereal o pan</p> <p>Comida rápida: por la noche entre semana y los fines de semana</p> <p>Agua: muy poca cantidad como un litro y el resto es refresco</p> <p>Come acompañada de padres de familia, su mamá es la que prepara los alimentos para la comida y la cena.</p>
5	<p>Me siento como que gorda</p>	<p>Desayuno antes de ir al colegio: nada</p> <p>Recreo: no come nada</p> <p>2 Recreo: papas y refresco, a veces nada</p> <p>Comida: sopa aguada, un poco de carne, y ensalada, (a veces casi no come por no engordar)</p> <p>Cena: cereal o una quesadilla o nada</p>
6	<p>Me siento gordo, me veo así medio robusto.</p>	<p>Desayuno: un cereal o un vaso con leche</p> <p>Recreo: nada</p> <p>2 Recreo : nada</p> <p>Comida: carne, verduras</p> <p>Cena: un cereal</p> <p>Comida Rápida: rara vez, sólo una vez al mes</p> <p>Agua: consumo en ocasiones para quitar el hambre por la mañana y después de hacer ejercicio en el recreo</p>
7	<p>Pasado de peso porque mi</p>	<p>Desayuno antes de ir al colegio: una o dos quesadillas y un licuado energético con leche y granola</p>

	estatura es de cerca de 1.80 y peso cerca de los 70 kilos	Recreo: unas papas y un refresco 2 Recreo: nada Comida: Carne, arroz, agua, a veces frijoles Cena: huevos, chilaquiles, quesadillas, hot cakes Comida rápida: los fines de semana para comer o cenar los dos días
8	Yo pensé que estaba demasiado delgada y me preocupaba porque sí comía bien, pero no entendía porque no estaba gordita como los demás, estoy muy delgada.	Desayuno: un licuado energético con huevo y chocolate, Recreo: le mandan burritos o salchichas o quesadillas y así como un pan dulce o galletas. 2 Recreo: unas papitas y un refresco Comida: como sopa, carne, fruta y agua Ceno huevo o galletas o tacos, o tortas. Comida Rápida: 2 ó 3 días a la semana antes del entrenamiento como comida se caracteriza por ser hamburguesas con papas fritas o unas galletas. Refiere: que le hace falta comer más porque siempre tiene mucha hambre Agua: 2 litros diarios Cuando come en casa es acompañada de su familia y lo que su mamá compra o prepara.
9	Bien	Desayuno: nada Recreo: un jugo, barritas , galletas, una torta o tacos, quesadillas. 2Recreo: nada o a veces si se me antojan unas papas, un chocolate o de esos dulces con chile Comida: pollo, arroz, spaghetti, ensalada, verduras al vapor y fruta. Cena: un cereal o una manzana Agua: alrededor de 2 litros diarios Come acompañado de su familia y lo que prepara su mamá
10	Con mi peso	Desayuno: un vaso de leche con avena

bien, perfectamente	<p>Recreo: un jugo y una torta al pastor.</p> <p>2 Recreo : nada y solo refresco o agua</p> <p>Comida: caldo de pollo con arroz</p> <p>Cena: tacos</p> <p>Comida Rápida: los fines de semana para comer o cenar</p> <p>Come acompañado de su familia, su mama siempre prepara la comida</p> <p>Agua: 2 litros de agua diariamente.</p>
11 Pues bien, no me siento ni gordo ni flaco, yo creo que estoy bien	<p>Desayuno: cereal y un licuado, a veces no porque no le alcanza.</p> <p>Recreo: un sándwich y un jugo</p> <p>Recreo: unas galletitas, y unas papas y un refresco. vengo</p> <p>Comida: 3 de la tarde y come arroz, sopa aguada, carne, ensalada, lo que no me gusta es el pollo, por que tiene mucha grasa .</p> <p>Cena: lo mismo que en la mañana un cereal o un licuado se duerme como a las 10:00</p> <p>Agua: casi no toma, como 1 litro diario</p> <p>Comida Rápida; los fines de semana</p> <p>Los alimentos son preparados por su mamá y casi siempre come en casa.</p>
12 Se sienten mis huesos	<p>Desayuno :un vaso de leche, y a veces con o sin galletas, a veces no me como nada.</p> <p>Recreo: me como el lonche, cuando me como el lonche que es por ejemplo un sándwich y a veces me compro una torta en el recreo, mi jugo</p> <p>2 Recreo: juego fútbol o básquetbol</p> <p>Comida: Me como una ensalada, sopa, carne y a veces vuelvo a repetir carne, tantita sopa y ensalada</p> <p>Más tarde: come fruta, nieve, papas</p> <p>Cena: tostadas</p> <p>Fines de semana: hamburguesas y pizzas como comida</p> <p>Come acompañado de padres</p>

-
- 13 Pues bien, Desayuno: cereal y un licuado, a veces no porque no le alcanza.
bueno a veces Recreo: un sándwich y un jugo
me siento 2 Recreo: unas galletitas, y unas papas y un refresco. vengo
pesado, creo Comida: 3 de la tarde y come arroz, sopa aguada, carne,
que si estoy ensalada, lo que no me gusta es el pollo, por que tiene mucha
muy gordo. grasa .
Cena: lo mismo que en la mañana un cereal o un licuado se
duerme como a las 10:00
Agua: casi no toma, como 1 litro diario
Comida Rápida; los fines de semana
Los alimentos son preparados por su mamá y casi siempre
come en casa.
-
- 14 A mi si me Desayuno: un vaso con leche y pan o un cereal
importaría Recreo. Lo que le mandan de lonche: 2 sandwich, hot dogs, o
bajar de peso hamburguesas , y se compra unas papas y un refresco
2 Recreo: unas papas o galletas
Comida: a las 4:00 o 3:30, ensalada, un trozo de bistec, arroz, a
veces pide doble ración porque se queda con hambre
Cena: cereal. Tacos, hot dogs, hamburguesas, huevo, etc. cena
como a las 9:00
Comida Rápida: como desayuno y cena en la semana, y como
cena los fines de semana .
Toma más refresco que agua
Su mamá prepara los alimentos diferente a los que ella
consume, los del resto de la familia son preparados " fritos".
-
- 15 pues bien, yo Desayuno: cereal y un licuado, a veces no porque no le alcanza.
digo que estoy Recreo: un sándwich y un jugo
bien 2 Recreo: unas galletitas, y unas papas y un refresco. vengo
Comida: 3 de la tarde y come arroz, sopa aguada, carne,
ensalada, lo que no me gusta es el pollo, por que tiene
mucha grasa .
Cena: lo mismo que en la mañana un cereal o un licuado se
duerme como a las 10:00
-

		<p>Agua: casi no toma, como 1 litro diario</p> <p>Comida Rápida; los fines de semana</p> <p>Los alimentos son preparados por su mamá y casi siempre come en casa.</p>
16	<p>Pues bien, no me siento, ni muy gorda ni muy flaca, así me siento bien.</p>	<p>Desayuno: Por lo regular pan, un trozo de pan chico, leche, huevo.</p> <p>Recreo: se come su lonche: sandwicho me dan \$15 pesos para que me compre un mollete y ya, y a veces compro unas papitas</p> <p>2 Recreo: unas papitas</p> <p>Comida: carne de res, verduras, sopa, pollo</p> <p>Cena: cereal, leche, pan</p> <p>Comida Rápida: dos a tres veces a la semana una hamburguesa para cenar.</p> <p>Come acompañada de sus papas</p> <p>Agua: 1 litro diario.</p>
17	<p>Normal, no le quitaría ni le pondría nada</p>	<p>Desayuno: un licuado de plátano</p> <p>Recreo: la mandan de lunch 2 sandwichs o se compra una torta y un refresco.</p> <p>2 Recreo: juega fut y no come nada, solo toma agua por sed</p> <p>Comida: arroz, carne, gelatina, verdura casi no como porque no me gusta, su sabor</p> <p>Cena: es un cereal o quesadillas.</p> <p>Comida rápida los fines de semana: los domingos, de hecho voy a burger king, y pues a restaurantes elegantes</p> <p>Por la tarde también come: una rebanada de jamón o una salchicha y a veces toma agua para calmar el hambre y come muchas galletas cuando está nervioso.</p>
18	<p>Bien, porque desde chico he estado así, entreno, como</p>	<p>Desayuno: un licuado, o un vaso con leche</p> <p>Recreo: nada o a veces agua</p> <p>2 Recreo: nada a veces agua, después de jugar</p> <p>Comida: carne, frijoles, arroz, tostadas</p>

	bien, creo que estoy bien balanceado.	<p>Cena: huevo, quesadillas, cereal</p> <p>Come acompañado de abuelos</p> <p>Agua: 1 litro después de jugar y entre clases</p> <p>Comida Rápida: no consume, porque considera que están faltos de higiene.</p>
19	normal, no gorda ni flaca, yo me siento muy bien de cómo estoy	<p>Desayuno: cuando alcanza un vaso de leche</p> <p>Recreo: sabritas, las sopas maruchan, los chocolates, fruta, burritos y jicamas.</p> <p>2 Recreo. Unas sabritas o chips con salsa y un refresco</p> <p>Comida: carne, ensalada, arroz.</p> <p>Cena: burritos, pan y un vaso con leche.</p> <p>Come acompañada de la familia</p> <p>Agua: solo cuando le da sed y es como un litro diario</p> <p>Comida Rápida: en el recreo y los fines de semana</p>
20	Me siento bien	<p>Desayuno: la mayoría de veces desayuno fruta, y a veces cereal, o yogurt o a veces desayuno yogurt con fruta y un jugo de naranja y a veces, el jugo de naranja, pero siempre llevo a la fruta</p> <p>Receso: dulces, mazapanes u chicles</p> <p>2 Receso: más dulces</p> <p>Comida: sopa con verduras, carne ,(no le gusta la carne y por eso casi no la come (entre las 3 y 4 de la tarde)</p> <p>Cena: Nunca cena</p> <p>Agua: Casi 3 litros al día y entre clases para quitarse el hambre y porque le da mucha sed</p> <p>Come acompañada por sus papas y la comida es comprada</p> <p>Comida Rápida; no porque engorda</p>
21	Bien, no me veo gorda, ni flaca, ni nada, me siento normal.	<p>Desayuno: un vaso con leche</p> <p>Recreo: su lonche (sándwich, un jugo y un gansito)</p> <p>2 Recreo: unas galletas, papas y un jugo y dulces</p> <p>Comida: carne, ensaladas, fruta, y agua de sabor</p> <p>Cena: cereal con leche</p>

22	Me	siento	Desayuno: waffles con un vaso de leche
	normal		Recreo: takis, un refresco, galletas
			2 Recreo: nada
			Comida: pollo, carne, arroz, no le gustan las verduras ni tampoco la fruta
			Cena: quesadillas, frijoles o cereal
			Come acompañada de la familia y lo que su mamá prepara.
			Agua: ½ litro diario
			Comida Rápida: los fines de semana de comida o cena hamburguesas o sopa maruchan.

Fuente: Directa

12. PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora del presente trabajo otorga el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada " Percepción de los adolescentes sobre su peso corporal en una institución educativa media básica" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando se trate de otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial u total.

Lic. Enf. Mónica Nohemí Contreras Negrete
San Luis Potosí., S. L. P. a Diciembre del 2007