

RESÚMEN

Antecedentes. La percepción de la imagen corporal, es la representación mental que tiene un individuo sobre su propio cuerpo, una percepción de la imagen corporal distorsionada puede llevar al individuo a desarrollar enfermedades crónicas como diabetes mellitus y dislipidemias o en el caso contrario a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como bulimia y anorexia.

Es importante mencionar que tanto las enfermedades crónicas como los trastornos de la conducta alimentaria se presentan de manera indiscriminada en cualquier sector de la población, es por ello que el presente trabajo se enfocó en pacientes con discapacidad motriz ya que dicho sector se encuentra poco abordado.

Objetivo. Identificar si existe concordancia entre la percepción de la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz.

Material y Método. Por muestreo intencional se seleccionaron 31 pacientes con discapacidad motriz atendidos en el CREE, de los cuales 25 fueron del género femenino y 6 del género masculino a los cuales se les tomaron medidas de peso y estatura para obtener el Índice de Masa Corporal, posteriormente se les aplicó la escala de Thompson en la cual cada paciente seleccionó la silueta con la que se sintió más identificado.

Resultados. De acuerdo al Índice de Masa Corporal el 45% de la población presentó obesidad I, seguido de sobrepeso con el 25.9%, normalidad 22.6% y el 6.4%obesidad II; en comparación con la elección de siluetas en donde el 58% correspondió a normalidad, seguido de sobrepeso con 32.3%, obesidad II 6.5% y bajo peso 3.2%.

De los pacientes que no presentaron concordancia entre el Índice de Masa Corporal y la silueta elegida un 95.2% subestimaron su peso y 4.8% lo sobrestimaron.

Conclusiones. Los pacientes con discapacidad motriz tienden a distorsionar su imagen corporal en relación a su Índice de Masa Corporal, subestimando su peso e identificándose principalmente con una silueta corporal de peso normal, lo cual se puede ver relacionado con una lenta rehabilitación y al mismo tiempo con el aumento en la prevalencia de obesidad y de enfermedades crónicas.

ABSTRACT

Background. The perception of body image, is the mental representation that have a person about their body, a perception of distorted body image can lead an individual to develop chronic diseases such as diabetes mellitus and dyslipidemia or otherwise to develop eating behavior disorders like bulimia and anorexia.

It is noteworthy that both chronic diseases and disorders of eating behavior occur indiscriminately in any sector of the population, that is why this study focused on patients with motor disabilities as this sector is poorly addressed.

Objectives. Identify if there is an agreement between the perception of body image and body mass index in patients with motor disabilities.

Material and method. Were selected by purposive sampling 31 patients with motor impairment seen in the CREE, of which 25 were female and 6 male gender to which they took height and weight measurements for the Body Mass Index (BMI), then we applied the Thompson scale in which each patient select the shape with which he was most identified.

Results. According to BMI, 45% of the population were obese I, followed with 25.9% overweight, 22.6% normal and 6.4% obese II, compared with silhouettes choosing wherein 58% corresponded to normal, followed by 32.3% overweight, obesity II 6.5% and 3.2% in weight.

From patients who showed no correlation between the BMI and silhouette chosen a 95.2% underestimated their weight and 4.8% overestimated it.

Conclusions. Patients with motor disabilities tend to distort their body image in relation to their Body Mass Index, underestimating their weight and identifying primarily with a normal weight body shape, which it can be seen associated with a slow rehabilitation while the increased prevalence of obesity and chronic diseases.

I.-MARCO TEÓRICO

I.1 PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La percepción está relacionada con la valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido desde los patrones forjados en la infancia, desde lo cultural y social. Se relaciona con apreciaciones y sentimientos del mundo interno y externo del individuo.⁽¹⁾

La imagen corporal representa cómo los individuos piensan, sienten y se comportan respecto a su cuerpo y ésta se construye por diferentes factores como son los sentimientos y emociones, así como la valoración que se tenga del propio cuerpo, la cual puede cambiar a lo largo de la vida.⁽²⁻⁴⁾

La percepción de la imagen varía entre los diferentes grupos de población, contexto, momento histórico de la sociedad y de la vida de los sujetos.⁽⁵⁾

I.1.1 COMPONENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es una representación mental del cuerpo, es decir el modo en que uno percibe, imagina, siente y actúa. Está formada por tres componentes: perceptual, subjetivo y conductual.^(1, 6, 7)

Componente Perceptual (aspecto físico). Se refiere a la percepción del tamaño corporal en diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad, es decir como perciben las formas físicamente.^(1, 8)

Componente Subjetivo (aspecto psicológico). Incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.⁽¹⁾

Componente Conductual (aspecto social). Consiste en conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo,

conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, etc).⁽¹⁾

Pruzinsky y Cash afirman que la imagen corporal de cada individuo es una experiencia fundamentalmente subjetiva y manifiesta que no tiene por qué haber un correlato con la realidad, la cual tiene las siguientes características: ^(1, 8)

1. Es un concepto multifacético.
2. Está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia
3. Está socialmente determinada
4. No es fija o estática, si no que es un constructo dinámico, el cual varía en función de las propias experiencias, influencias sociales, etc.
5. Influye en el procesamiento de información
6. Influye en el comportamiento

Existe una imagen corporal negativa cuando hay una percepción distorsionada de las formas corporales, es decir, cuando se esté convencido de que solo las otras personas son atractivas y cuando exista vergüenza, ansiedad e incomodidad por el propio cuerpo. Por el contrario, hay una imagen corporal positiva cuando existe una percepción clara y verdadera por el propio cuerpo y se está a gusto con el mismo.⁽¹⁾

Una buena o mala imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conductas, la cual puede ser diferente a lo largo de la vida.⁽⁹⁾

I.1.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico y el cambio de uno de los factores que la componen altera los demás. Esta imagen puede cambiar con el paso del tiempo hacia una mayor aceptación o rechazo total, lo cual depende de la interacción de los siguientes factores: ^(1, 10)

- a. El propio cuerpo: son los datos objetivos que describen un cuerpo y el aspecto funcional del mismo.
- b. La percepción del cuerpo: son aspectos a los que se les presta una mayor atención y los que se omiten. De esta manera al seleccionar aspectos positivos se creara una imagen positiva, y en el caso contrario, si se perciben solo aspectos negativos la imagen no será satisfactoria.
- c. Pensamientos sobre el cuerpo: son las creencias, actitudes e ideas del propio cuerpo.
- d. Emociones en relación con el cuerpo: puede dar lugar a emociones perturbadoras si hay una percepción y pensamientos erróneos del propio cuerpo.
- e. Comportamientos con relación al cuerpo: cuando existe una percepción negativa del cuerpo los comportamientos también lo serán.

I.1.3 HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Anteriormente en los años 70 y 80 los estudios se centraban en aspectos perceptivos de la imagen corporal, en los años 90 la evaluación cambió, y actualmente se ha centrado en aspectos subjetivos y de actitudes, ya que una percepción verdadera del cuerpo no significa que no exista insatisfacción con el mismo.⁽¹¹⁾

Las técnicas de evaluación de la imagen corporal se han focalizado en la medición de dos componentes: el componente perceptivo y el subjetivo. Posteriormente se construyeron instrumentos para evaluar los aspectos conductuales y de comportamiento.⁽²⁾

Las escalas de imagen corporal se usan para valorar autopercepción corporal entre diferentes grupos de edad, sexo, etnia, religión y ciudad, estas escalas son una forma subjetiva para determinar la grasa corporal.⁽¹²⁾

La mayoría de las escalas propuestas para evaluar la imagen corporal han sido realizadas en un contexto anglosajón y europeo, y existen numerosas escalas construidas en EU, Gran Bretaña, Canadá y España; algunas de ellas son:⁽¹¹⁾

Escala de Clasificación con Dibujos y Contornos - ContourDrawing Rating Scale (CDRS)

Es una escala que evalúa la imagen corporal (Thompson y Gray, 1995). Consta de nueve siluetas de hombres y nueve de mujeres. Los contornos aumentan de tamaño de acuerdo con la puntuación, la figura 1 es la de menor tamaño y la 9 la más voluminosa. La diferencia entre la figura actual e ideal es indicativa de distorsión perceptual. Esta escala mide el grado de satisfacción y la percepción de la imagen corporal.⁽¹³⁾

Evaluación de la imagen corporal – BodyImageAssessment (BIA).

Utilizada principalmente en pacientes con trastornos alimentarios. Consiste en la selección de una silueta corporal que se asemeje a la percepción de su tamaño corporal real y tamaño corporal ideal. Consta de siete figuras masculinas y siete figuras femeninas que van desde la figura muy delgada hasta la figura de obesidad.⁽¹⁴⁾

Multidimensional BodySelf-RelationsQuestionnaire (MBSRQ)

Herramienta de 69 ítems que funciona para evaluar elementos de la figura corporal utilizada principalmente en investigaciones relacionadas con la imagen corporal.

Mide el grado de aceptación mediante una escala tipo Likert que va del 1 que significa definitivamente en desacuerdo al 5 que es definitivamente de acuerdo.⁽¹⁴⁾

Prueba de Actitud Corporal – BodyAttitude Test (BAT)

Es un cuestionario compuesto de 20 ítems distribuidos en 3 subescalas para explorar el grado de satisfacción y actitud hacia la propia imagen corporal. Sirve para diferenciar a sujetos clínicos y no clínicos y entre anoréxicas y bulímicas.⁽¹⁴⁾

Sistema de Evaluación de la Imagen Corporal – BodyImageTestingSystem (BITS)

Software interactivo que evalúa diferentes componentes de la imagen corporal exhibiendo una vista frontal y lateral de un cuerpo humano, de los cuales se pueden modificar de forma independiente 9 partes del cuerpo como la cara, cuello, hombros, brazos, pecho, senos, estómago y muslos, hasta concordar con la imagen corporal que la persona percibe de sí misma. ⁽¹⁴⁾

Cuestionario de la Forma Corporal - Bodyshapequestionnaire (BSQ)

Utilizado para evaluar la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, por lo tanto se utiliza para identificar trastornos de la imagen corporal y del comportamiento alimentario. ⁽¹⁴⁾

Cuestionario de la Imagen Corporal Ideal - BodyImageIdealsQuestionnaire (BIQ)

Examina las discrepancia entre el yo actual y el ideal deseado relacionado a diferentes atributos corporales como altura, complexión de la cara, textura del pelo, rasgos faciales, definición muscular, proporcionalidad corporal, peso, tamaño del pecho, fuerza y coordinación. ⁽¹⁴⁾

Inventario de Esquemas de Apariencia - AppearanceSchemasInventory (ASI)

Evalúa el componente cognitivo de la imagen corporal, basada en creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y la importancia que esta tiene en la vida de la persona. ⁽¹⁴⁾

I.1.4 DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal abarca aspectos cognitivos que incluyen la percepción del propio cuerpo, experiencias corporales propias y aspectos emocionales que están referidos a la satisfacción o a la insatisfacción que se experimenta acerca de la apariencia.

Las cogniciones y emociones son subjetivas y pueden aproximarse o no a la realidad corporal. La percepción corporal es la congruencia entre objetividad que son las medidas físicas reales y lo que subjetivamente vemos. ⁽¹⁵⁾

Peter Slade dice que la distorsión de la imagen corporal es el conjunto de alteraciones presentadas en la relación con el cuerpo, menciona que ésta se puede presentar como una inadecuada percepción del cuerpo en cuanto a la forma y tamaño, como un sentimiento de desvaloración y de desagrado frente al cuerpo y su imagen. ⁽¹⁶⁾

La distorsión de la imagen corporal se evidencia por la sobreestimación de su tamaño lo cual indica una percepción distorsionada del propio cuerpo y se vincula con una insatisfacción corporal, la cual es base de los trastornos de la conducta alimentaria. ⁽¹⁷⁾

I.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, desde el aspecto biológico, psicológico y sociocultural relacionado con la ingestión de alimentos. Una alteración de ésta origina conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en donde los patrones de la ingestión de alimentos se ven distorsionados, como por ejemplo la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad, en donde no se le da importancia al mantenimiento de un balance energético entre ingestión y gasto de energía, lo que provoca alteraciones en el estado de nutrición del individuo. ^(18, 19)

Los trastornos de la alimentación son trastornos psicológicos que cursan con graves alteraciones en la conducta alimentaria. ⁽²⁰⁾

El valor que se le da al cuerpo en la sociedad actual es cada vez más importante, en donde los mensajes socioculturales de la industria y los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza, el cual

sobrevalora la delgadez, considerándose un factor importante en el comportamiento y pensamiento de la población induciendo conductas de riesgo para el bienestar físico y psicológico. ^(20 - 22)

A lo largo del tiempo cada cultura ha tenido un estereotipo de imagen corporal, en donde actualmente se promueve la belleza del cuerpo como meta para conseguir el éxito social, con énfasis hacia la delgadez; lo cual trae como consecuencia un consumo excesivo de productos adelgazantes, dietas poco saludables y conductas que ponen en riesgo la salud, por lo tanto se promueve la insatisfacción corporal. ^(3, 23)

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental y conductual que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. ⁽²⁴⁾

En la actualidad el sobrepeso y la obesidad son problemas de salud que han incrementado en México, sin embargo es de gran interés público los factores que influyen para que algunas mujeres se preocupen más por su peso, es por ello que en los últimos años han utilizado modelos de siluetas corporales tanto para identificar autopercepción y satisfacción de la imagen corporal como para valorar el estado de nutrición. ⁽¹²⁾

La anorexia es un trastorno psicológico que afecta la conducta alimentaria; se caracteriza por una pérdida de peso inducida y mantenida por el paciente, lo cual le conduce una malnutrición y rasgos psicopatológicos. Sus síntomas son obsesivos, relacionados con la silueta, peso, cuerpo y alimentos, conductas alimentarias extravagantes y exceso de actividad física. ⁽²⁵⁾

La bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por la conducta de comer grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo, seguida de un sentimiento de culpabilidad y autodesprecio, lo cual implica conductas purgatorias o compensatorias. ⁽²⁰⁾

Las alteraciones de la imagen corporal se caracterizan por una valoración cognitiva distorsionada en sentido negativo del propio cuerpo, constituyendo un factor decisivo para realizar algún tipo de dieta restrictiva. ⁽²⁰⁾

Las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser muy severas hasta el punto en que pueden causar la muerte. Estos trastornos tienen en común la extrema preocupación por la imagen corporal, relacionados a una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, así como la insatisfacción de este. ^(20,24)

I. 3 DISCAPACIDAD

La Discapacidad es la condición de vida, adquirida durante la gestación, nacimiento, infancia o cualquier etapa de la vida, se manifiesta por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, motriz, sensorial y en la conducta adaptativa, es decir, la forma en que se relaciona en el hogar, escuela y comunidad. ⁽²⁶⁾

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS), define a la discapacidad como los aspectos negativos del funcionamiento del cuerpo humano, que son aquellas limitaciones en la actividad y en la participación, a partir de una condición de salud en interacción con el contexto. ⁽²⁷⁾

I.3.1 CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDADES

La INEGI ha clasificado a la discapacidad en cuatro grupos:

- 1) **Sensoriales y de la comunicación:** se incluyen deficiencias y discapacidades oculares, auditivas y del habla. ⁽²⁸⁾
- 2) **Motrices:** incluyen deficiencias y discapacidades para caminar, manipular objetos y coordinar movimientos; generalmente necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento para realizar las actividades de la vida cotidiana como sillas de ruedas, andaderas, etc. ⁽²⁸⁾
- 3) **Mentales:** incluye deficiencias intelectuales y conductuales que restringen el aprendizaje y el modo de conducirse, lo cual limita el desempeño de sus actividades. ⁽²⁸⁾
- 4) **Múltiples:** es la combinación de las discapacidades anteriores, también incluye síndromes así como enfermedades crónicas o degenerativas ya avanzadas que implican discapacidad. ⁽²⁸⁾

La Clasificación Internacional de la Deficiencia, de la Discapacidad y de la Minusvalía conocida como CIDDM. Define a la discapacidad como un término técnico que resume un proceso completo que involucra a la persona con un estado negativo o problema de salud en interacción con el contexto, y que puede afectar las actividades y la participación, propias del funcionamiento humano. ⁽²⁷⁾

I.3.2 DISCAPACIDAD MOTRIZ

El cuerpo y articulaciones envían a través de los nervios información de sensaciones al cerebro y este produce conciencia, percepción y conocimiento, originando posturas, movimientos, pensamientos, emociones y aprendizajes. Se produce una discapacidad motriz cuando hay un cambio en la información que envía el cerebro a las extremidades, huesos, músculos y articulaciones. En este tipo de discapacidad intervienen funciones cerebrales, que permiten el movimiento, a través de la información que llega a los nervios. ⁽²⁶⁾

Funciones del cerebro:

- **Sensitiva:** el cerebro siente cambios o estímulos que provienen del medio interno y externo.
- **Integradora:** se toman decisiones de la conducta a partir del análisis y almacenamiento de información sensitiva.
- **Motora:** respuesta del organismo que se origina a partir de los estímulos.

La discapacidad motriz altera la capacidad de movimiento, que puede afectar el desplazamiento, manipulación o respiración que limita el desarrollo personal y social. Puede ocurrir como una alteración en músculo, huesos, articulaciones o como daño en el cerebro que afecta el área motriz, impidiendo el movimiento con precisión.⁽²⁶⁾

Clasificación:

- **Trastornos físicos periféricos:** afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Puede presentarse desde el nacimiento, por enfermedades en la infancia o algún accidente o lesión que dañe la médula espinal e interrumpe la comunicación de extremidades.
- **Trastornos neurológicos:** por un daño en el área del cerebro, el cual se encarga de procesar y enviar información de movimientos a todo el cuerpo; como parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos y tumores en el cerebro.⁽²⁶⁾

I. 4 VALORACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN.

La evaluación nutricional es la interpretación de la información obtenida a través de patrones antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos, es utilizado para conocer el estado nutricional del paciente y planear una intervención nutricional.⁽²⁹⁾

I.4.1 INDICADORES DEL ESTADO DE NUTRICIÓN

A) INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

- **Peso y estatura:** medidas antropométricas sencillas de obtener, es necesaria una báscula y un estadímetro. Con estos datos se puede obtener el peso ideal.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** medida relacionada con el peso y la estatura. Se obtiene con la ecuación: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$
 - Los puntos de corte según la OMS son:

CLASIFICACIÓN	IMC
- Bajo peso	<18.5
- Normal	18.5 - 24.9
- Sobrepeso	25.0 – 29.9
- Obesidad grado I	30.0 – 34.9
- Obesidad grado II	35.0 – 39.9
- Obesidad grado III	>40

B) INDICADORES BIOQUÍMICOS

Basados en la medición de proteínas plasmáticas, concentración de albumina, prealbumina, transferrina y proteína fijadora de retinol.^(29,30)

- **Albúmina:** índice asociado a desnutrición, cifras inferiores a 2.5mg/L sugieren riesgo de complicaciones. Tiene una vida media de 18 días, por lo tanto es poco sensible a modificaciones recientes del estado nutricional y puede mantenerse normal durante bastante tiempo a pesar de que exista un déficit nutricional.
- **Prealbumina:** es utilizado para detectar cambios agudos en el estado de nutrición, debido a que tiene una vida media de 2 días. Puede disminuir en caso de infección, traumatismo, cirugía, etc, puede aumentar en insuficiencia renal.

- **Transferrina:** transporta el hierro, tiene una vida media de 8 días.
- **Proteína fijadora de retinol:** Proteína fijadora de retinol: tiene una vida media de 12 horas, por lo que se emplea con menor frecuencia. sus niveles aumentan con la ingestión de vitamina A, disminuye en enfermedad hepática, infección y estrés grave.
- **Creatinina:** mide el catabolismo muscular en forma global y sus valores se relacionan con cantidad de contenido proteico de la dieta y de la edad.

C) INDICADORES DIETÉTICOS

Permite la identificación de la cantidad y tipo de alimentos consumidos, proporciona antecedentes que pueden relacionarse con el desarrollo, prevención y tratamiento de diversas enfermedades. Se obtienen mediante diversas encuestas como: frecuencia de consumo, recordatorio de 24 horas, diario dietético, pesos y medidas, historia dietética. Después de evaluado el consumo de alimentos se estima la ingesta de energía y nutrimentos.⁽³⁰⁾

D) INDICADORES CLÍNICOS

Se basa en la valoración nutricional mediante signos físicos obtenidos en la exploración u observación de cambios clínicos relacionados con la ingesta dietética inadecuada, escasa o excesiva. Principalmente se observa la piel, el pelo, uñas, boca, lengua, mucosas, ojos, dientes y sistemas fácilmente accesibles a la exploración física.⁽³⁰⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad México está atravesando por una transición epidemiológica, incrementando de manera rápida, progresiva e indiscriminada el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas tales como diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares y dislipidemias.

Los problemas que están relacionados con el exceso de peso no solo son las llamadas enfermedades crónicas sino también las diversas consecuencias que estas traen consigo, tales como problemas psicológicos y emocionales que pueden desembocar en una distorsión de la percepción de la imagen corporal que en grados avanzados pueden llegar a generar trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia, que se originan principalmente por el estereotipo de la delgadez como símbolo de éxito o como figura ideal de belleza aceptada por la sociedad.

La percepción que un individuo tiene de su propio cuerpo está influenciada por factores culturales, sociales y psicológicos, así como la valoración que se tenga del cuerpo, lo cual determina la representación mental de la figura corporal en cuanto a su forma y tamaño. Cuando no se tiene una percepción real de la imagen corporal existe una distorsión de esta, lo cual se ve reflejado en vergüenza, incomodidad e inseguridad por el propio cuerpo.

La percepción negativa de la imagen corporal puede condicionar la conducta alimentaria, ya que cuando no se está satisfecho con esta se pueden llegar a desarrollar diversos problemas como son el sobrepeso y la obesidad o en el caso contrario desnutrición, debido al aporte inadecuado de energía y nutrientes necesarios para las actividades biológicas del organismo, lo cual puede originar problemas psicológicos que afectan el consumo de alimentos como anorexia, bulimia o comedores compulsivos, alterándose de esta manera el estado de nutrición.

Existen diversas escalas que permiten valorar la autopercepción corporal del individuo así como el estado de nutrición de manera subjetiva, lo cual permite el ahorro de costos y de tiempo.

Es de gran importancia enfatizar que tanto las enfermedades crónicas como los trastornos de la conducta alimentaria se están presentando de manera indiscriminada en la población, y de igual manera no se han realizado estudios en todos los sectores poblacionales, tal es el caso de las personas con capacidades diferentes.

El estudio permitió definir si la autopercepción corporal que tienen los pacientes con capacidades diferentes motrices de su cuerpo mediante el uso de las siluetas corporales propuestas por Thompson y Gray pueden ser utilizadas como un indicador subjetivo de la cantidad de grasa corporal, y de esta manera conocer si es adecuado el uso de este tipo de herramientas para la valoración del estado de nutrición en pacientes con discapacidad motriz.

Para lo cual con la presente investigación pretendió conocer si ¿existe concordancia entre la percepción de la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz atendidos en el CREE, 2012?

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la prevalencia de obesidad y sobrepeso ha incrementado, ubicando a México en el primer lugar a nivel mundial en obesidad tanto infantil como en adultos.

Los problemas de exceso de peso traen consigo complicaciones tal es el caso del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y de trastornos de la conducta alimentaria, éstos problemas afectan a la población de manera general. Diversas encuestas y estudios realizados en la población como es el caso de la ENSANUT han demostrado que estas patologías se han convertido en un factor determinante en la epidemiología que el país está presentando, desafortunadamente dicha información fue obtenida de manera general, es por ello que se considera de gran importancia analizar de forma específica y por grupos más definidos el comportamiento epidemiológico que presentan.

Por consiguiente es de vital importancia no dejar de lado sectores de la población como lo son las personas con capacidades diferentes ya que es considerado como un sector que de cierto modo ha sido poco estudiado.

Es de gran importancia estudiar la autopercepción de imagen corporal que tienen las personas ya que estudios recientes han demostrado que la distorsión de la imagen corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria tales como anorexia, bulimia, comedores compulsivos, etc., éstos últimos considerados como influyentes en el desarrollo de sobrepeso y obesidad que son desencadenantes de enfermedades crónicas no transmisibles. En el caso de las personas con capacidades diferentes es un tema poco estudiado por lo cual se considera como un sector poblacional el cual requiere de ser analizado de manera especial y específica de acuerdo a las características que éste grupo representa.

Por ello el presente estudio se enfocó en el análisis de la autopercepción corporal de las personas con capacidades diferentes específicamente motrices y el Índice de Masa Corporal que estos presentan, tomado este último como estándar para conocer el estado de nutrición real evaluando la concordancia entre la percepción de la imagen corporal y el IMC.

IV. HIPÓTESIS:

Existe concordancia entre la percepción de la Imagen Corporal y el Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz atendidos en el CREE, 2012

V. OBJETIVOS.

GENERAL:

Identificarsi existe concordancia entre la percepción de la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz

ESPECÍFICOS:

- Determinar Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz
- Clasificar en qué estado nutricional se encuentran los pacientes con discapacidad motriz de acuerdo al Índice de Masa Corporal
- Identificar la percepción que el paciente con discapacidad motriz tiene sobre su imagen corporal
- Identificar la relación que existe entre el Índice de Masa Corporal y la percepción de la imagen corporal en pacientes con discapacidad motriz

VI. MÉTODO

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Se acudió al CREE a la aplicación del instrumento del 16 de julio al 17 de agosto del 2012 en un horario de las 10:00 a las 14:00 horas. Por muestreo intencional se seleccionaron a los pacientes que poseían las características para el desarrollo del proyecto, siendo un total de 31 pacientes, de los cuales 25 fueron del género femenino y 6 del género masculino. A los pacientes seleccionados se les informó el motivo del estudio y el procedimiento por medio de una carta de consentimiento informado la cual fue firmada por éstos, posteriormente se procedió al llenado del instrumento.

En primera instancia se llenaron los datos de nombre, edad y género; posteriormente se entregó el instrumento al paciente para que llenara el apartado de la silueta, la cual fue elegida de forma individual y sin interferencia alguna de personas externas, finalmente se procedió a la toma de peso y estatura, los cuales fueron tomados con técnicas estandarizadas.

La primera medida tomada fue el peso la cual se realizó sin zapatos ni prendas pesadas. Se colocó en el centro de la báscula al paciente y se le pidió mantenerse inmóvil durante la medición, vigilando que no estuviera recargado en la pared ni en ningún objeto cercano. Estas precauciones tuvieron como propósito asegurar que el peso se repartiera de manera homogénea. Se registró el peso cuando la barra móvil de la báscula mecánica se alineó con el indicador fijo que está en la parte terminal de la barra.

La siguiente medida que se tomó fue la estatura en la cual el sujeto estuvo descalzo y se colocó de pie con los talones unidos y las piernas rectas. La cabeza se posicionó en el plano horizontal de Frankfort, el cual se representa con una línea entre el punto más bajo de la órbita del ojo y el trago (eminencia cartilaginosa delante del orificio del conducto auditivo). Justo antes de realizar la medición el individuo inhaló profundamente, contuvo el aire y mantuvo la postura erecta. Los adornos del cabello se retiraron para no interferir con la medición y finalmente se obtuvo la medición.

Una vez obtenidas ambas medidas se registraron en el instrumento de investigación y se procedió a la realización del cálculo de IMC y de igual forma fue registrado.

Finalmente se vaciaron los datos de IMC y elección de la silueta corporal en la hoja de recolección de datos para la realización de su análisis.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio observacional transversal prospectivo descriptivo

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables: IMC
Percepción de la imagen corporal

Ambas variables se estudian en función de su concordancia

Concordancia: permite conocer que tan equivalentes son los resultados obtenidos a través de dos instrumentos de investigación.

Cuadro No I Operacionalización de la variable: IMC

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DOMINIOS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEMS
IMC	Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado	Peso Estatura	Suma de la masa magra y la masa grasa. Distancia que existe entre el vértex y el plano de sustentación	Cualitativa	Ordinal	4,5,6,7

Cuadro No II Operacionalización de la variable percepción de la imagen corporal

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DOMINIO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEMS
PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Representación mental amplia de la figura corporal su forma y tamaño	Siluetas corporales	Línea que delimita el contorno de la figura de un cuerpo	Cualitativa	Ordinal	8,9

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA:

31 pacientes con discapacidad motriz atendidos en el CREE, 2012

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con discapacidad motriz
- Pacientes que firmaron la carta de consentimiento informado
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes sin daño cerebral
- Pacientes sin malformaciones
- Pacientes sin amputaciones

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con otro tipo de discapacidad diferente a la motriz
- Pacientes que no firmaron la carta de consentimiento informado
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con malformaciones
- Pacientes con alguna amputación
- Pacientes con algún tipo de daño cerebral

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que firmaron la carta de consentimiento informado y no contestaron el instrumento de investigación
- Pacientes que fueron inducidos a la elección de la silueta corporal

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

El instrumento constó de tres apartados. El primer apartado fue contestado por el paciente y en pacientes con incapacidad para contestarlo fue llenado por el investigador; dicho apartado abarcó los siguientes puntos:

- Nombre
- Edad
- Género

El segundo apartado fue llenado por el paciente y constó de la escala de Thompson la cual está integrada por nueve figuras masculinas y 9 femeninas.

El tercer apartado fue contestado por el investigador y constó de los siguientes puntos:

- Peso
- Estatura
- IMC
- Número de cedula

DESARROLLO DEL PROYECTO:

Para el desarrollo del proyecto de investigación se utilizaron los siguientes materiales:

- Báscula
- Estadímetro SECA
- Escala de Thompson : consta de 9 figuras masculinas y 9 figuras femeninas, cada una con su respectiva letra de la A a la I y con la siguiente interpretación.

A y B = bajo peso con IMC <18.5

C = normalidad con IMC de 18.5 a 22.99

D = normalidad con IMC de 23 a 24.99

E = sobrepeso con IMC de 25 a 27.49

F = preobesidad con IMC de 27.5 a 29.99

G = obesidad con IMC de 30 a 34.99

H = obesidad con IMC de 35 a 39.99

I = obesidad con IMC \geq 40

LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO:

JULIO 2012 – AGOSTO 2012 en el CREE, Toluca, Estado de México

DISEÑO DE ANÁLISIS:

- Revisión y corrección de la información
- Clasificación y tabulación de los datos
- Elaboración de cuadros
- Estadísticos descriptivos a utilizarse
- Elaboración de gráficas

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo de investigación obedece a los principios éticos de la declaración de Helsinki para investigación en seres humanos, ya que se respetó el derecho del participante en la investigación así como su integridad.

Por medio de la carta de consentimiento informado se brindó suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos, posibles peligros del estudio y las molestias que podría ocasionar. Así mismo se informó acerca de la libertad de abstenerse a participar en el estudio y la capacidad de revocar el consentimiento que otorgó, en cualquier momento; especificando que los resultados del estudio serían confidenciales y utilizados estrictamente con fines académicos.

VIII. RESULTADOS

Se utilizó una población total de 31 pacientes de los cuales 25 fueron del género femenino y 6 del género masculino que acudían a consulta en el CREE con un diagnóstico de discapacidad motriz temporal.

De la totalidad de los pacientes (31) el mínimo de edad que se presentó en la muestra fue de 18 años y el máximo de 69 años, con una media de 45.74.

El género femenino presentó una edad mínima de 18 años y máxima de 69 años con una media de 47.12, mediana de 49, con una tendencia pentamodal y una desviación estándar de 16.52. El género masculino presentó una edad mínima de 20 años y máxima de 54, con una media de 40, mediana de 42, moda de 52 y desviación estándar de 14.47. (Ver tabla)

TABLA I Distribución de la población por edad y género, 2013

Edad	MASCULINO		FEMENINO		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-20	1	16.67	2	8	3	9.68
21-23			1	4	1	3.23
24-26			1	4	1	3.23
27-29			2	8	2	6.45
30-32	2	33.33			2	6.45
33-35						
36-38						
39-41			3	12	3	9.68
42-44			1	4	1	3.23
45-47			2	8	2	6.45
48-50			1	4	1	3.23
51-53	2	33.33			2	6.45
54-57	1	16.67	3	12	4	12.90
58-60			2	8	2	6.45
61-63			3	12	3	9.68
64-66			1	4	1	3.23
67-69			3	12	3	9.68
TOTAL	6	100	25	100	31	100

FUENTE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto al IMC el mínimo que se presentó en la totalidad de la muestra fue de 19.3, el máximo fue de 38.5, la media 28.80, la mediana 30.1, con una tendencia bimodal en 30.7 y 27.9, desviación estándar de 4.79.

En el caso del género masculino el IMC mínimo que se presentó fue de 21.6, el máximo de 38, la mediana de 27.16, desviación estándar de 6.30.

En la población femenina el IMC mínimo que se presentó fue de 19.3, y el máximo de 38.5, con una media de 29.19 y mediana de 30.2, presentando una tendencia bimodal en 30.7 y 27.9; y una desviación estándar de 4.42.

En relación a la interpretación del IMC de la población total el 22.58% estuvieron en la normalidad, 25.81% en sobrepeso, 45.16% en obesidad I y 6.45% en obesidad II.

De acuerdo a la clasificación del IMC que presentaron los pacientes del género masculino se observó que el 50% se encontraba dentro de los rangos de normalidad, el 16.67% presentaban sobrepeso, el 16.67% presentaban obesidad I y el 16.67% obesidad II.

De acuerdo a la clasificación del IMC que presentó la población femenina se observó que el 52% de la población presentó obesidad I, el 28% presentó sobrepeso, el 16% se encontraba en la normalidad y el 4% en obesidad II.

(Ver tabla II)

TABLA II Interpretación del IMC de la población total y por género, 2013

	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
NORMAL	7	22.58	3	50	4	16
SOBREPESO	8	25.81	1	16.67	7	28
OBESIDAD I	14	45.16	1	16.67	13	52
OBESIDAD II	2	6.45	1	16.67	1	4
TOTAL	31	100	6	100	25	100

FUENTE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Con respecto a la elección de la silueta corporal de la población total el 3.23% se percibió con bajo peso, el 58.06% con un peso normal, el 32.26% con sobrepeso y el 6.45% con obesidad II.

Las siluetas que fueron seleccionadas por el género masculino representaron un 83.33% en la normalidad y un 16.67% en obesidad II.

Las siluetas que fueron seleccionadas por el género femenino representaron un 52% en la normalidad, 40% en sobrepeso, 4% en obesidad II y 4% en bajo peso.

(Ver tabla III)

TABLA III Interpretación de la imagen corporal de la población total y por género, 2013

	MASCULINO				FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
B (BAJO PESO)	1	3.23			1	4
C(NORMALIDAD)						
D(NORMALIDAD)	18	58.06	5	83.33	13	52
E (SOBREPESO)						
F (SOBREPESO)	10	32.26			10	40
H (OBESIDAD II)	2	6.45	1	16.67	1	4
TOTAL	31	100	6	100	25	100

FUENTE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

La concordancia que se presentó entre el IMC y la silueta seleccionada en ambos géneros, correspondió en un 67.74% a la no concordancia entre la silueta elegida y el IMC y un 32.26% a la concordancia entre el IMC y la silueta seleccionada.

En el género masculino se presentó una concordancia entre el IMC y la silueta elegida del 66.67% y no concordancia de 33.33%; en el género femenino se presentó una no concordancia de 76% y una concordancia de 24%. (Ver tabla IV)

TABLA IV Concordancia entre el IMC y la percepción de la imagen corporal en la población total y por género, 2013

Concordancia	MASCULINO				FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si concuerda	10	32.26	4	66.67	6	24
No concuerda	21	67.74	2	33.33	19	76
Total	31	100	6	100	25	100

FUENTE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

De la totalidad de los pacientes en los que concordó el IMC y la silueta elegida un 60% corresponde a la normalidad, un 30% a sobrepeso y un 10% a obesidad II. En el género masculino 75% se encontró y percibió en la normalidad y el 25% en obesidad II, mientras que en el género femenino un 50% fue de normalidad y un 50% de sobrepeso. (Ver tabla V)

TABLA V Clasificación nutricional en los casos de concordancia entre el IMC y la silueta elegida, 2013

			HOMBRES		MUJERES	
	No	%	No	%	No	%
BAJO PESO						
NORMAL	6	60	3	75	3	50
SOBREPESO	3	30			3	50
OBESIDAD I						
OBESIDADII	1	10	1	25		
TOTAL	10	100	4	100	6	100

FUENTE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Los pacientes en los que no concordó su índice de masa corporal con la percepción de la imagen corporal se dividieron en subestimación y sobrestimación, de los cuales un 4.76% sobrestimaron su peso y un 95.24% subestimaron su peso.

En cuanto al género femenino un 5.26% sobrestimó su peso y un 94.74% lo subestimó, en comparación con el género masculino en el cual no se presentó sobrestimación de peso. (Ver tabla VI)

TABLA VI Subestimación y sobrestimación de la población total y por género, 2013

			MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Subestiman	20	95.24	2	100	18	94.74
Sobrestiman	1	4.76			1	5.26
Total	21	100	2	100	19	100

FUENTE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

IX. DISCUSIÓN

En el presente estudio se obtuvieron resultados positivos en cuanto a una distorsión en la Percepción de la Imagen Corporal (PIC) en comparación con el Índice de Masa Corporal (IMC), asociado a una subestimación principalmente de la PIC, de igual forma diversos estudios con características similares han arrojado los mismos resultados principalmente en población femenina.⁽³¹⁾

Comparado el presente estudio con otros de la misma clase se observó que el factor edad es determinante en la PIC ya que algunos estudios han demostrado que a mayor edad hay mayor subestimación de la PIC de acuerdo al IMC y a menor edad persiste un mayor grado de congruencia entre ambas variables.

De igual forma algunos estudios han relacionado el género con la PIC y el IMC obteniendo como resultado una mayor prevalencia de distorsión de la PIC en el género femenino.⁽³²⁾

En un estudio realizado en población femenina con sobrepeso y obesidad se obtuvieron resultados de subestimación del peso corporal, de igual forma se presentó esta tendencia de manera significativa en el presente estudio en la población femenina.⁽¹²⁾

Comparado con otro estudio aplicado a universitarios, la población masculina presentó subestimación del peso corporal, parecidos a los resultados que se obtuvieron en la población masculina del estudio.⁽²⁰⁾

X. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos del IMC en la población total estudiada se presentó un mayor porcentaje (45%) de obesidad I, seguido de sobrepeso (25.9%) y normalidad (22.6%), en menor porcentaje (6.4%) se presentó obesidad II.; en comparación con la elección de siluetas, en donde el mayor porcentaje (58%) correspondió a normalidad, seguido de sobrepeso (32.3%) y en menor porcentaje (6.5%) obesidad II y bajo peso (3.2%). De los pacientes que no presentaron concordancia entre el IMC y la silueta elegida un 95.2% subestimaron su peso y 4.8% lo sobrestimaron. En el caso del género femenino se pudo observar principalmente la subestimación del peso y de igual manera en el género masculino se presentó la subestimación en la totalidad de éstos.

Lo cual permite concluir que los pacientes con discapacidad motriz tienden a distorsionar su imagen corporal en relación a su IMC, subestimando su peso e identificándose principalmente con una silueta corporal de peso normal, teniendo en realidad un IMC de obesidad I.

La percepción distorsionada de la imagen corporal se puede ver relacionada con el aumento en la prevalencia de obesidad y al mismo tiempo de enfermedades crónicas.

Un paciente que no se percibe tal y como es y subestima su peso, por lo general tiende a consumir una mayor cantidad de calorías de las que su organismo realmente necesita, favoreciendo de esta manera el incremento de peso haciéndose más lenta su recuperación.

Es importante que el paciente con discapacidad motriz tenga una percepción acertada de su imagen corporal debido a la incapacidad que éstos tienen para realizar actividad física y la necesidad de la disminución de peso para su adecuada rehabilitación.

Por lo tanto la hipótesis planteada resultó ser falsa, ya que no se encontró concordancia entre la percepción de la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz.

XI. BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Escobar E. Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2008.
- 2.- Rodríguez B, Van Barneveld H, González N, Unikel C. Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. Salud MentMéz 2010; 33(4): 325-332.
- 3.-Trejo P, Castro D, Facio A, Mollinedo F, Valdez G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. Rev Cubana Enfermer 2010; 26(3):150-160
- 4.-Gasco M. Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. Psicothema 2010; 22(1):71-76.
- 5.- Pérez S, Romero G. Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juarez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutri-antropo-logica. Estud. Soc 2008; 16(32)
- 6.- Arroyo M, Ansotegui L, Pereira E, Lacerda F, Valador N, Serrano L, Rocandio A. Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. NutrHosp 2008; 23(4): 366-372.
- 7.-Shum, G, Conde A. Género y discapacidad como moduladores de la identidad. Rev Feminismo/s Esp 2009; 13:119-132.
- 8.-Cabello M.Imagen Corporal, Percepciones y discursos de aquellos que presentan obesidad media y extrema. Revista de Salud Pública y Nutrición. México 2011; 12 (2).
- 9.- Contreras E.Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú 2009. Facultad de Medicina HumanaE.A.P. de Enfermería.Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2009.

- 10.-Trujano P, Nava C, Gracia M, Limón G, Alatraste A, Merino M. Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología Esp* 2010; 26 (2): 279-287.
- 11.- Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *UPV/EHU Osazunaz* 2007; 8: 171 – 183
- 12.- Rodríguez L, Carballo L, Falcón A, Arias R, Puig A. Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal. *Elsevier* 2010; 12 (46): 29-32
- 13.- Escoto M, Camacho E, Rodríguez G, Mejía C, Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato, *Revista Mexicana de trastornos alimentarios* 2010: 112-118
- 14.- Avalos M, Mercado S. Percepción de la imagen corporal y su concordancia con el índice de masa corporal en estudiantes de la licenciatura en turismo de la facultad de turismo de la Universidad Autónoma del Estado de México, 2008
- 15.- Márquez S, Garatachea N. *Actividad Física y Salud*. Madrid, Esp.: Edit Díaz de Santos, 2010.
- 16.-Recasens M. Como resolver los conflictos que expresa nuestro cuerpo: Lo que el espejo nos dice realmente. DF, Méx.: Editorial Pax México, 2007.
- 17.- Pérez S, Romero G. Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de Mexico: percepción y deseo. *Salud Publica Mex* 2010; 52(2):111-118.
- 18.- Saucedo T, Unikel C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud MentMéx* 2010; 33(1): 11-19
- 19.- Murawski B, Elizathe L, Rutzstein G. Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anu. Investig Argentina* 2009; 16: 65-72.
- 20.- Bernárdez M, De la Montaña J, Gonzáles J, González M. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutr. Hosp.* 2011; 26(3): 472-479.

- 21.- Moreno M, Ortiz G. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica, Redalyc* 2009; 27(2):181-189
- 22.- Gentil I. Percepción de la propia imagen corporal en personas con cojera. *IndexEnfermEsp* 2007; 16 (56): 1132-1296
- 23.- Arroyo M, Ansotegui L, Pereira E, Lacerda F, Valador N, Serrano L, Roncandio A. Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutr. HospEsp* 2008; 23 (4): 366-372.
- 24.-Raich R. Los trastornos alimentarios, la obesidad y el sobrepeso. En portada 2008.
- 25.- Olesti M, Piñol J, Martín N, de la Fuente M, Riera A, Bofarull J, Ricoma G. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *AnPediatr (Barc)* 2008; 68(1):18-23.
- 26.- Discapacidad motriz: guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica, Consejo Nacional de Fomento Educativo, México 2010: 9-16
- 27.- Pantano L. Personas con discapacidad: hablemos sin eufemismos. *Rev La Fuente Argentina* 2007; Año X N° 33
- 28.- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Clasificación de tipo de discapacidad, México: 9-33
- 29.- Sánchez K, Turcott J, Sosa R, Green D. Evaluacion del estado de nutrición en pacientes con cáncer. *Revista de Endocrinología y Nutricion* 2008; 16(4):165-171.
- 30.- Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado de nutrición. *NutrHosp* 2010; 25: 57-66.
- 31.-Lara R, García J, Zúñiga M, Parra J. La autopercepción corporal y el IMC como indicadores del estado nutricional en estudiantes universitarios. *Nutr. Clin. Diet. Hosp. México*, 2012; 32(2):86-91.
- 32.-Pino J, López M, Moreno A, Faúdez T. Percepción de la imagen corporal, del estado nutricional y de la composición corporal de estudiantes de nutrición y dietética de la universidad del mar, Talca, Chile 2010. *Rev. Chil. Nutr.* 37(3):321-328.

XII. **ANEXOS**

ANEXO I

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Unidades de aprendizaje:
Seminario de Titulación

Académicos responsables:
Dr. Arturo García Rillo

Investigadores:
Karen Alexandra Sevilla Alvarado, María del Consuelo Vázquez Melchor.

Teléfono de contacto (Facultad de Medicina): 2- 17- 48- 31
Correo electrónico:c_v182@hotmail.com Karen_alex_1990@hotmail.com

Título del proyecto:
Concordancia entre la percepción de la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz atendidos en el CREE, 2012

El presente proyecto de investigación tiene el objetivo de recolectar información que permita conocer la concordancia entre la percepción de la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal en pacientes con discapacidad motriz atendidos en el CREE, para lo cual se le invita a formar parte del grupo de estudio.

Actividades a realizar con los pacientes:

- Toma de peso y estatura

Actividades que realizara el paciente:

- Elección de la representación gráfica con la que más identifique su imagen corporal, mediante figuras de 9 hombres y 9 mujeres.

La participación es libre y voluntaria, a partir de que usted firme quedará incluido en el grupo de estudio. Finalizando el estudio se le dará la información correspondiente sobre los resultados de éste, no recibirá remuneración de ningún tipo, y será completamente gratuito.

Los procedimientos que se realizarán no representarán riesgos a la salud.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

Nombre Completo y Firma

Nombre Completo y Firma

ANEXO II

NÚMERO DE CÉDULA: _____

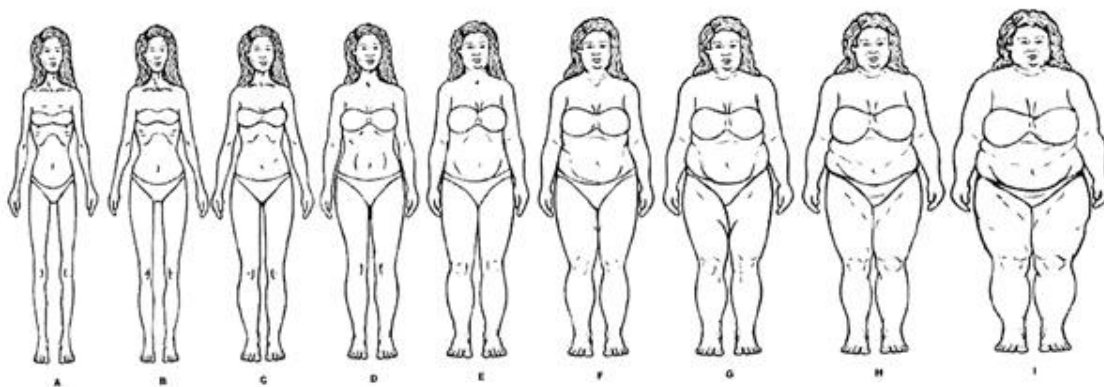
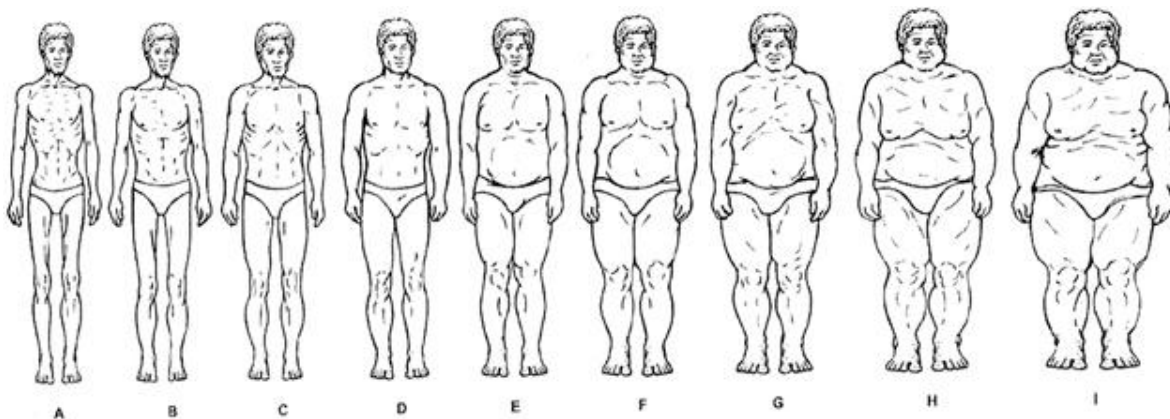
1) NOMBRE: _____

2) EDAD: _____

3) GÉNERO: M F

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL

INSTRUCCIONES: encierre en un círculo la silueta con la que más se sienta identificado.



FUENTE: Pulvers KM, Lee RE, Kaur H, Mayo MS, Fitzgibbon M, Jeffries SK. Development of a culturally relevant body image instrument among urban African Americans. *ObesityResearch*. 2004; 12 (10): 1641- 1651.

Esta parte será llenada por el investigador (NO CONTESTAR)

4) PESO	5) ESTATURA	6) IMC	7) INTERPRETACIÓN

8) SILUETA SELECCIONADA	9) INTERPRETACIÓN

