

Universidad Internacional del Ecuador
Facultad de Ciencias Médicas, la Salud y la Vida

Escuela de Nutriología

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Nutrición y Dietética

**“Elecciones alimentarias en adultos jóvenes que realizan ejercicio
y relación con la autopercepción corporal en el gimnasio Ilaló Fitness Center, agosto-
diciembre del 2022”**

Autor: Sofía Marypaz Galarza Escobar

Tutor: Msg. María Gabriela Loza

Quito, enero 2023

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Sofía Marypaz Galarza Escobar** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

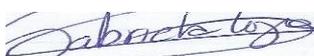
Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, su reglamento y demás disposiciones legales.

A handwritten signature in blue ink that reads "Sofia Galarza". The signature is written in a cursive style with a large loop at the top.

.....
SOFIA GALARZA

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Mg. María Gabriela Loza Campaña certifico que conozco al autor/a del presente trabajo siendo la responsable exclusiva tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.



Ma. Gabriela Loza
DIRECTOR DE TESIS

DEDICATORIA

Dedico a mi madre esta investigación, que ha sabido formarme con grandes valores, quien ha sido la persona que me impulsa día a día a seguir adelante, por su apoyo incondicional, su ayuda y su amor, sin ella no podría estar realizando este trabajo y ser la persona que hoy en día soy. Tu arduo trabajo a lo largo de todo este tiempo me ha llevado al lugar donde estoy, es por eso que te doy mi trabajo de titulación como ofrenda de tu paciencia, amor y sacrificio, te amo.

A mi hermana, por siempre estar a mi lado.

AGRADECIMEINTOS

El principal agradecimiento es a mi familia por todo el apoyo incondicional, su estímulo constante y su amor a lo largo de mi carrera universitaria.

A la universidad por darme una educación de calidad junto a docentes profesionales que brindan sus conocimientos a lo largo de la formación estudiantil.

Un especial agradecimiento a la Msg. Ma. Gabriela Loza, por su apoyo en en este último trabajo de de titulación.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
APROBACIÓN DEL TUTOR	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
DEDICATORIA	4
ÍNDICE GENERAL	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUCCIÓN	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	12
	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4. OBJETIVOS	13
4.1. OBJETIVO GENERAL	14
4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. HIPÓTESIS	14
6. ANTECEDENTES	16
7. MARCO TEÓRICO	18
7.1. ADULTEZ TEMPRANA	18
7.2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA	18
7.3. RECOMENDACIONES ENERGÉTICAS	19
7.4. DIETAS CON RESTRICCIÓN DE LA ENERGÍA	19
7.5. RESTRICCIÓN EXTREMA DE LA ENERGÍA	20
7.6. PREFERENCIAS ALIMENTARIAS	20
	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7.7. IMAGEN CORPORAL	22
7.8. INSATISFACCIÓN CORPORAL	24
7.9. DISTORSIÓN CORPORAL	24
7.10. TEORÍA SOCIOCULTURAL DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (MARÍA & LÓPEZ, N.D.)	25
7.11. INTERNALIZACIÓN DEL IDEAL ESTÉTICO SOCIOCULTURAL	25
7.12. CONSECUENCIAS DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LOS MODELOS ESTÉTICOS	27
7.13. BULLYING E INSATISFACCIÓN CORPORAL Y DISTORSIÓN DE LA SILUETA	29
7.14. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	30
7.15. ANOREXIA NERVIOSA	30
7.16. BULIMIA NERVIOSA	32
7.17. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F50.2 BULIMIA NERVIOSA	33
7.18. MODELO DE LAS CINCO FASES DEL PROCESO DEL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS	34
7.19. ESCALAS PARA EVALUAR SÍNTOMAS Y CONDUCTAS DE RIESGO	36
7.19.1. SCOFF	36
7.19.2. EATING ATTITUDES TEST (EAT).	37
7.19.3. EATING DISORDERS EXAMINATION- QUESTIONNAIRE (EDE-Q).	37
7.19.4. EATING DISORDERS INVENTORY (EDI)	37
7.19.5. BULIMIA TEST (BULIT).	38
7.19.6. BULIMIA INVESTIGATORY TEST OF EDIMBURG (BITE).	38
7.19.7. BODY SHAPE QUESTIONNAIRE.	38

7.19.8. STUNKARD, SORENSEN Y SCHULSINGER.	38
7.20. ACTIVIDAD FÍSICA	39
8. METODOLOGÍA	43
8.1. TIPO DE ESTUDIO	43
8.2. ÁREA DE ESTUDIO, MUESTRA	43
8.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
8.4. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	44
8.5. FUENTES DE INFORMACIÓN	44
8.6. MÉTODOS DE REVISIÓN	47
8.7. EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	47
8.8. CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	48
8.9. RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	50
8.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	50
TABLA 3. INFORMACIÓN PERSONAL	51
TABLA 4. AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL	53
¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
8.11. RESULTADOS DE CUESTIOANARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	72
GRÁFICO 2	72
GRÁFICO 3	72
GRÁFICO 5	73
GRÁFICO 7	74
GRÁFICO 10	76
GRÁFICO 13	77
GRÁFICO 14	78
GRÁFICO 15	78
GRÁFICO 16	79
GRÁFICO 17	79
GRÁFICO 18	79
GRÁFICO 19	80
GRÁFICO 20	81
¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
GRÁFICO 21	81
GRÁFICO 22	82
GRÁFICO 23	82
GRÁFICO 24	83
8.12. INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA	84
8.14. SUMA DE PERSONAS AUTOPERCIBIDADES CON LAS SILUETAS CORPORALES (TEST DE STUNKARD) (TABLA 7)	86
8.15. PROPORCIÓN DE ELECCIONES ALIMENTICIAS	87
8.16. RESUMEN DE LOS VALORES ESTADÍSTICOS RELEVANTES	88
8.17. TABULACIÓN DE GRUPO DE ALIMENTOS CON SU FRECUENCIA CORRESPONDIENTE	89
8.18. TABLAS CRUZADAS Y TEST CHI-CUADRADO	89
8.19. RESUMEN ESTADÍSTICO	93
8.20. DISCUSIÓN	94
8.21. CONCLUSIONES	97
8.22. RECOMENDACIONES	97
8.23. BIBLIOGRAFÍA	98

RESUMEN

Introducción: La insatisfacción corporal en personas que realizan ejercicio se ha convertido en un aspecto de gran preocupación, centrándose en su aspecto físico como algo primordial; es por esto que la percepción de la imagen corporal se relaciona directamente con el estado nutricional de las personas, influenciando a gran medida en sus elecciones alimentarias dependiendo de la subestimación o sobrestimación de su imagen corporal.

Objetivo: Determinar las elecciones alimentarias y la relación de su autopercepción corporal en personas de 19-35 años que realizan regularmente ejercicio en un gimnasio.

Metodología: se realizó un estudio de tipo cuali-cuantitativo, observacional y con corte transversal en donde se consideran medidas de asociación de las variables como son: edad, género, preferencias alimentarias, tipo de actividad física, silueta con la que se identifica. El estudio fue realizado en el gimnasio Ilaló Fitness Center con una muestra no probabilística por conveniencia, teniendo 64 encuestados: 34 mujeres y 30 hombres.

La población respondió dos cuestionarios para poder determinar las elecciones alimentarias y la autopercepción corporal.

Resultado: los adultos con un IMC de 25 kg/m² o más tenían más probabilidades de sobrestimar su autopercepción, mientras que aquellos con un IMC de 24 o menos tenían más probabilidades de subestimarla. Los adultos que consumen una dieta rica en grasas tenían más probabilidades de sobrestimar su autopercepción, mientras que los que consumían una dieta rica en (fibra) tenían más probabilidades de subestimarla.

Conclusiones: la autopercepción corporal es un determinante para las elecciones alimentarias, siendo esta información valiosa para los profesionales de la salud con el fin de desarrollar intervenciones más efectivas conjuntamente con un equipo multidisciplinario en el tratamiento de hábitos alimenticios.

Palabras clave: percepción corporal, elecciones alimentarias, imagen corporal, preferencias alimenticias, deportistas, actividad física, subestimación corporal, sobreestimación corporal.

Abstract

Introduction: The dissatisfaction of people who exercise with their body has become an aspect of great concern, focusing on their physical appearance as something essential; This is why the perception of body image is directly related to the nutritional status of people, greatly influencing their food choices depending on the underestimation or overestimation of their body perception.

Objective: To determine food choices and the relationship between their body self-perception in people aged 19-35 who regularly exercise in a gym.

Methodology: A qualitative-quantitative, observational and cross-sectional study was carried out where measures of association of the variables are considered, such as: age, gender, food preferences, type of physical activity, silhouette with which one identifies. The study was carried out at the Ilaló Fitness Center with a non-probabilistic sample for convenience, with 64 respondents: 34 women and 30 men.

The population answered two questionnaires in order to determine food choices and body self-perception.

Results: adults with a BMI of 25 kg/m² or more are more likely to overestimate their self-perception, while those with a BMI of 24 or less are more likely to underestimate it. Adults who ate a high-fat diet were more likely to overestimate their self-perception, while those who ate a high-fiber diet were more likely to underestimate their self-perception.

Conclusions: body self-perception is a determinant for food choices, this information being valuable for health professionals in order to jointly develop more effective outbreaks.

Keywords: body perception, food choices, body image, food preferences, athletes, physical activity, body underestimation, body overestimation.

1. Introducción

La alimentación, además de lo biológico, es una interacción social en la que se mezclan factores relacionados con la producción, economía, política, la cultura, la estética, y principalmente la supervivencia. (Montoya & Alcaraz, 2016).

Así mismo, las preferencias alimentarias están determinadas por factores de tipo cultural, preparaciones y experiencias que dan paso a los hábitos alimenticios. Además, en las últimas décadas otro factor que influye en las elecciones alimentarias es la nutrición y que han hecho que se incremente el interés por la salud y el cuerpo. (Montoya & Alcaraz, 2016)

Por consiguiente, estas nuevas tendencias alimentarias dadas por dinámicas establecidas en el ámbito social y familiar repercuten en las formas de comer, los tipos de alimentos consumidos, en el estatus y usos dados a los alimentos que en ocasiones trae como consecuencias estados nutricionales precarios y hambre oculta. (Montoya & Alcaraz, 2016)

A pesar de los recientes esfuerzos de los profesionales de la salud, los investigadores y de los medios de comunicación para promover una imagen corporal positiva, las tasas de insatisfacción corporal aún son altas, especialmente en mujeres, adolescentes y adultos jóvenes debido a que son etapas en las los individuos ganan autonomía y desarrollan mayores expectativas.

La insatisfacción se define como la actitud negativa hacia la apariencia física que es el resultado de una diferencia entre el propio cuerpo y el cuerpo ideal percibido. Durante las últimas décadas, el cuerpo ideal para las mujeres era delgado, mientras que para los hombres un cuerpo musculoso. En la actualidad, ambos sexos aspiran a un tipo de cuerpo con poca grasa y musculatura bien definida, un cuerpo difícil de lograr el cual aumenta los índices de insatisfacción corporal en la población. (da Silva et al., 2021)

Este estado de continua insatisfacción corporal puede causar un profundo malestar que conduce a un estado mental estresante, superando al de la causa original. Las conclusiones negativas sobre el propio cuerpo pueden contribuir al desarrollo de comportamientos autodestructivos para lograr una

imagen adecuada y ser mejor aceptados por un grupo social. (da Silva et al., 2021). Generando un deterioro de la calidad de vida tanto física como psicosocial. (McLean & Paxton, 2019)

Aunque la insatisfacción corporal ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, la fuerza de la asociación adversa entre el deterioro de la calidad de vida y la insatisfacción corporal es más pronunciada en los hombres. (McLean & Paxton, 2019)

Existen también factores individuales que pueden influir en la insatisfacción corporal, estas reacciones son observadas en poblaciones bajo los mismos valores y presiones sociales. Por ejemplo, la práctica de actividad física puede generar una relación tanto negativa como positiva con la insatisfacción corporal. (da Silva et al., 2021)

Este presente estudio busca llevar a cabo la investigación de las elecciones alimenticias de personas que realizan ejercicio y cómo esto se relaciona en su autopercepción de su imagen corporal.

2. Planteamiento del problema

La percepción de la imagen corporal se relaciona directamente con el estado nutricional de las personas, teniendo la subestimación o sobrestimación del peso corporal real (Torres Carlos Andrés, n.d.).

Nuestra sociedad occidental ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo. La consecuencia es que la atención de la gran mayoría de las personas está centrada en el aspecto físico y por lo tanto esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde algo normal hasta llegar a ser patológica. (Salaberria et al., 2007)

Este estándar de belleza asociado a cuerpos musculosos y bien definidos, en donde no se toma en cuenta las diferentes constituciones físicas que cada individuo tiene, inherentes a su biotipo y sin tener en cuenta aspectos relacionados con la salud, provoca en las personas una insatisfacción con su imagen corporal y esto se refleja directamente en una mayor participación en programas de ejercicio físico y el uso de determinadas sustancias como suplementos nutricionales, entre otros para lograr este objetivo. Además, alcanzar este ideal muchas veces implica riesgos para la salud, provocando la implementación de dietas restrictivas (Salaberria et al., 2007)

Un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal (Grant y Cash, 1995). Pero esta insatisfacción se convierte en un trastorno en un 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres. (Salaberria et al., 2007)

En los trastornos de alimentación, los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, uso de laxantes, ejercicio físico excesivo, cambios en los patrones de alimentación. (Salaberria et al., 2007)

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas y entre las que más se destacan son los trastornos de la conducta alimenticia, depresión, bajo autoestima, recompensación con ejercicio físico excesivo, etc. (Salaberria et al., 2007)

3. Justificación

La presente investigación está dirigida al análisis de las elecciones alimentarias en personas que realizan ejercicio y la relación con la autopercepción de la imagen corporal en el gimnasio Ilalo Fitness Center. La razón para realizar esta investigación tiene que ver con la insatisfacción de la imagen corporal, y/o personas que padecen sobrepeso u obesidad, o incluso los que presentan un IMC normal que se ven obligados por los estereotipos de la sociedad a reducir su peso de formas inadecuadas y no saludables, causando secuelas graves en su salud biopsicosocial. (Torres Carlos Andrés, n.d.)

Por otra parte, la práctica de actividad física ha sido un ámbito reconocido precisamente por su promoción de la salud, tanto física como psicológicamente, por lo que resulta de vital interés entender cual es su impacto sobre la imagen corporal. (Camacho Miñano María José et al., n.d.)

Por lo cual, se considera pertinente realizar un estudio que determine si en verdad existe una relación entre la autopercepción de la imagen corporal versus sus preferencias alimentarias en adultos jóvenes que realizan ejercicio, permitiendo una detección temprana de trastornos de la conducta alimentarias que a la larga podría causar enfermedades peligrosas o ayudar en los cambios de hábitos alimenticios.

Las personas que se beneficiarán de la investigación son los deportistas que acuden al gimnasio Ilalo Fitness center, con ellos se logrará profundizar en la autopercepción de la imagen corporal pudiendo evitar la distorsión de la misma y redireccionar adecuadamente a las personas para que opten por una alimentación saludable.

4. Objetivos

4.1.Objetivo general

Determinar las elecciones alimentarias y la relación de su autopercepción corporal en personas de 19-35 años que realizan regularmente ejercicio en un gimnasio.

4.1.2. Objetivos específicos

- Analizar la evidencia científica que existe en relación a las elecciones alimentarias y la autopercepción de la imagen corporal en personas deportistas.
- Aplicar una encuesta de consumo de alimentos modificada para determinar las elecciones alimentarias en personas que acuden al gimnasio y sus cambios en los últimos 6 meses.
- Determinar si existe subestimación o sobrestimación del IMC en personas que acuden al gimnasio y como esto influye en las elecciones alimentarias mediante la aplicación del Test de siluetas de la imagen corporal (STUNKARD).

5. Hipótesis

La autopercepción corporal es un determinante para las elecciones alimentarias, independientemente de cómo cada persona se conciba respecto a su peso, los grupos de alimentos

que se consumen con más frecuencia son similares, pero las elecciones y preferencias alimentarias son diferentes dependiendo si subestima, sobrestima o tiene una autopercepción adecuada.

6. Antecedentes

En investigaciones realizadas en la población española, se encontró a Martínez (2020), quien en su investigación desarrollada en la población mayor de Pontevedra, España, buscó identificar la fiabilidad y validez del pictograma de Stunkard para determinar la autopercepción corporal y la insatisfacción con la misma, para esto, el cuestionario fue administrado a un grupo de 86 personas mayores. En esta investigación se encontró una asociación moderada entre la autopercepción corporal mediante el pictograma de Stunkard y el IMC. Asimismo, el IMC influyó sobre la insatisfacción corporal, las personas con obesidad deseaban bajar más puntos en el pictograma que las personas con normopeso.

Yesildemir y Acar Tek. (2022) en su investigación titulada Riesgo de trastornos alimentarios e insatisfacción corporal de asiduos al gimnasio en Ankara, Turquía, evaluaron el riesgo de trastornos alimentarios y la prevalencia de insatisfacción corporal en las personas que asisten al menos dos veces por semanas a un gimnasio ubicado en la ciudad de Ankara, capital de Turquía, para esto se aplicó el cuestionario SCOFF y la Escala de Calificación de Siluetas de Stunkard para determinar dicha insatisfacción en 206 participantes. En esta investigación se llegó a la conclusión que los participantes constituían un grupo de riesgo en cuanto a trastornos alimentarios e insatisfacción corporal

En Chile (2022), Yanez, Silva y Fuentes abordaron una investigación en hombres físicamente activos con el objetivo de identificar los efectos de una intervención nutricional asociada al entrenamiento concurrente en la composición corporal evaluada a través de bioimpedancia eléctrica. Como resultados se obtuvo una disminución del porcentaje de tejido adiposo y aumento del porcentaje de tejido muscular con el programa de entrenamiento e intervención nutricional. Por lo que se concluyó la importancia de la realización de una planificación alimentaria individualizada, es por esto que se considera siempre oportuno la integración de nutricionistas en la hora de formar equipos interdisciplinarios con el fin de mejorar hábitos de alimentación y de composición corporal.

En investigaciones realizadas en España, se encontró a M.C Escolar-Llamazares (2017), quien en su investigación desarrollada en la Universidad de Burgos, España, buscó estimar la vulnerabilidad de los estudiantes universitarios a presentar un TCA mediante un Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-Criterio de Remisión (EDI-3-RF), además de indicadores antropométricos. En esta investigación se encontró que las mujeres presentaron una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal que los varones y que estos últimos recurren en mayor medida al ejercicio físico como forma de control de peso. Resultando apremiante reforzar estrategias de prevención e intervención con programas que promuevan hábitos de alimentación saludables, mejorar la percepción corporal y disminuir la preocupación obsesiva por la delgadez.

El Grupo de investigación Nutrición y Deporte en Madrid, España, abordó una investigación constituida por 264 sujetos, todos pertenecientes a distintos gimnasios, centros deportivos y polideportivos, en donde se analizó los hábitos alimentarios de la población de Madrid que practica actividad física, posibles comportamientos ortoréxicos en la muestra estudiada y conocer la influencia de género en los comportamientos psicológicos y alimentarios de la muestra estudiada. Para los resultados se aplicaron los tests de Adherencia a Dieta Mediterránea, el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, Cuestionario de Comedor Emocional y MBSRQ; además se tomaron distintas medidas antropométricas dando como resultado una tendencia a la obsesividad más que al aspecto saludable, mostrando comportamientos ortoréxicos que podrían suponer un problema de salud si se aumentasen siendo esto mayor en las mujeres.

Efthymiou, Kokokiris, Mesiari, Vassilopoulou (2021) en su investigación titulada “La Percepción del peso ideal agrava la bulimia y dieta en atletas de fisicoculturismo en Nicosia y Limassol, en Chipre”, evaluaron los comportamientos alimenticios de atletas de fuerza y fisicoculturismo en los diferentes niveles de actuación o categoría y también la desviación percibida como un peso ideal en los desórdenes alimenticios y los riesgos de los mismos. Para esto se aplicó los siguientes tests: EAT26, TFEQ-R21 en 103 atletas, dando como resultado una desviación respecto a lo que se percibe como el cuerpo ideal y el cuerpo actual asociado con un incremento en el riesgo de un desorden alimenticio. Los atletas que deseaban un menor peso tuvieron puntajes más altos en el cuestionario EAT26.

7. Marco teórico

7.1. Adulthood temprana

La edad situada entre los 20 a 30 años es considerada como adulthood temprana, en donde los individuos empiezan a volverse más independientes, iniciar un trabajo regular, formar relaciones, entre otras. Es por esto que comprar, preparar, planear comidas se vuelve más común a esta edad. (Booksmedicosorg, n.d.)

Durante esta época es de gran influencia las elecciones en el estilo de vida que tendrán importancia en la salud y bienestar físico en años posteriores, así como la herencia genética, factores ambientales y fuerzas sociales que determinan la calidad de vida. (Booksmedicosorg, n.d.)

7.2. Cambios fisiológicos en la edad adulta

En términos generales, los individuos han dejado de crecer para cuando llegan a sus 20 años de edad. La densidad ósea tanto de varones como de mujeres sigue creciendo hasta alrededor de los 30 años. El máximo de masa ósea se relaciona con la cantidad de calcio en la dieta y con la cantidad de ejercicios de soporte de peso de años anteriores. (Booksmedicosorg, n.d.)

La fuerza muscular alcanza su máximo cerca de los 25 a 30 años de edad, aunque el uso habitual de los músculos y el entrenamiento con pesas afectan la fuerza, así como el tamaño de los músculos y su retención. El tipo y cantidad de actividad física tienen un impacto significativo sobre la composición del cuerpo, incluyendo la masa corporal magra, la acumulación y reubicación de grasas y la densidad ósea. (Booksmedicosorg, n.d.)

7.3.Recomendaciones energéticas

Los requisitos de energía se definen como la cantidad de ingesta de energía alimentaria que necesitan consumir los individuos a fin de sustentar un peso corporal estable consistente con una buena salud a largo plazo (BMI 18.5 y hasta 25 kg/m²) que permita niveles adecuados de actividad física para el mantenimiento de las actividades sociales, culturales y económicas. (Booksmedicosorg, n.d.)

El peso corporal es un indicador de idoneidad o falta de idoneidad de la ingesta energética. El cuerpo posee la capacidad exclusiva de modificar la mezcla de combustible formado por hidratos de carbono, proteínas y grasas para adaptarse a las necesidades energéticas. Sin embargo, el consumo de una cantidad muy grande o muy pequeña de energía produce cambios del peso corporal con el paso del tiempo. Por consiguiente, el peso corporal refleja la suficiencia de la ingesta energética, pero no constituye un indicador fiable de la idoneidad de los macronutrientes o los micronutrientes. (Mahan & Raymond, n.d.)

Por otra parte, el peso corporal depende de la composición del cuerpo, de modo que una persona con una masa magra más abundante que la grasa corporal o una grasa corporal mayor que la masa magra podría precisar una ingesta energética diferente de la de un sujeto normal o «promedio». (Mahan & Raymond, n.d.)

7.4.Dietas con restricción de la energía

Una dieta equilibrada con restricción de la energía constituye el método más utilizado para reducir el peso. La dieta ha de ser adecuada desde el punto de vista nutricional salvo para la energía, la cual se reduce hasta un nivel en el que los depósitos de grasa deban movilizarse para cubrir las necesidades diarias de la misma. El déficit calórico de 500 a 1.000 kcal diarias suele satisfacer este objetivo. El nivel de energía depende del tamaño y las actividades del individuo y suele comprender de 1.200 a 1.800 kcal diarias. (Mahan & Raymond, n.d.)

La dieta baja en calorías debe individualizarse en lo que se refiere a los hidratos de carbono (el 50-55% de las kilocalorías totales) por medio de verduras, frutas, legumbres y cereales integrales.

Incluirá abundantes proteínas, que aporten un 15-25% de las kilocalorías totales, con la finalidad de evitar la conversión de las proteínas de la dieta en energía. El contenido en grasa no superará el 30% de las calorías totales. Se recomienda una cantidad adicional de fibra para reducir la densidad calórica, favorecer la saciedad merced a la demora del vaciado gástrico, y reducir en cierta medida la eficiencia de la absorción intestinal. (Mahan & Raymond, n.d.)

7.5. Restricción extrema de la energía

Las dietas con una restricción extrema de la energía aportan menos de 800 kcal diarias, mientras que las de inanición o ayuno proporcionan menos de 200 kcal diarias. Rara vez se prescribe el ayuno como tratamiento; suele practicarse como forma de protesta o por motivos religiosos, o bien como un esfuerzo personal para adelgazar. En estos casos, no suele mantenerse durante un período suficiente para ocasionar los graves efectos neurológicos, hormonales y de otra índole que acompañan a la inanición prolongada. (Mahan & Raymond, n.d.)

7.6. Preferencias alimentarias

Las preferencias alimentarias se pueden definir como la selección de un alimento u otro y los principales factores que van a influir en esta selección de alimentos son los siguientes: 1) factores biológicos como el hambre, apetito y el gusto; 2) factores económicos que hacen referencia al costo, ingresos y accesibilidad a los alimentos; 3) factores sociales como son la cultura, religión, familia y estilos de vida; 4) los que se derivan del grado de conocimientos y habilidades relativas a los alimentos en general y a la cocina en específico; 5) factores psicológicos y circunstancias como el humor, sentimiento de culpa u otros que son mucho más constantes como el carácter y el estrés; 6) actitudes, creencias, valores y conocimientos en general (*Preferencias Alimentarias y Su Asociación Con Alimentos Saludables y No Saludables En Niños Preescol*, n.d.)

En los adultos ecuatorianos podemos observar que existe una persistencia del sobrepeso y obesidad y estos problemas están directamente relacionados con la alimentación y actividad física. (Revista Gestión, n.d.)

A pesar de que en el país la producción de alimentos sea suficiente, se identifica que la mayoría de personas no siguen una dieta de buena calidad nutricional, dado por la situación del país, el difícil acceso económico de muchos hogares a obtener alimentos de calidad y falta de conocimientos sobre hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permita cubrir sus requerimientos diarios (Revista Gestión, n.d.)

La alimentación de los ecuatorianos consiste en su gran mayoría en carbohidratos, principalmente arroz y fideo, convirtiendo en su dieta pobre nutricionalmente (Revista Gestión, n.d.)

Hoyos (2007) en su investigación declara que en las últimas décadas los cambios en los hábitos y estilos de vida de las personas no siempre ha sido en favor al mejoramiento de su salud. Cada vez es más frecuente la preferencia por alimentos de bajo valor nutricional, el sedentarismo, el estrés y el consumo de alcohol y tabaco, siendo estas causas de enfermedades como el sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud ha hecho énfasis en la importancia de la alimentación adecuada para el crecimiento físico, desarrollo mental, desempeño, productividad, salud y el bienestar en todas las etapas de vida del ser humano (OMS, n.d.)

Por otro lado, las características organolépticas de los alimentos, que se entienden por la forma en cómo nosotros percibimos los alimentos por medio de los sentidos (color, olor, tamaño, forma, sabor y textura), generan ciertas preferencias hacia algunos alimentos específicos, afectando positiva o negativamente la salud de las personas (Torres Carlos Andrés, n.d.)

7.7.Imagen corporal

La imagen corporal ha sido objeto de estudio durante muchos años. Diversos autores han propuesto definiciones como: “la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente” de Schilder (2004), la “representación interna de su apariencia externa” de Hausenblas y Symons (2010), “una representación consciente del cuerpo así como el conocimiento conceptual del mismo” de Coslett (2010), “la forma en que una persona se percibe y se siente con su cuerpo” de Khan y Khan. Rosen, plantea que la imagen corporal es la manera en la que una persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo contemplando componentes perceptivos, subjetivos y conductuales. Por otro lado, Cash menciona que dicha imagen tiene implicaciones perceptivas en relación a imágenes y valoración del tamaño y formas de los aspectos del cuerpo, unas implicaciones cognitivas en cuanto a creencias sobre el cuerpo y experiencia corporal, y otras implicaciones emocionales que tienen que ver con experiencias de placer-displacer, satisfacción o insatisfacción por el cuerpo (Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015)

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria (de San Adrián et al., n.d.)

La imagen corporal abarca dos componentes: el primero hace referencia a la representación consciente del cuerpo; mientras que el segundo involucra una representación abstracta que las personas perciben de su cuerpo en el espacio, en tiempo real y derivado de estímulos sensoriales (Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015)

Entendiendo esto se puede distinguir a la imagen corporal como el cuerpo percibido y con alta responsabilidad del sistema visual, mientras que el esquema corporal considera al cuerpo situado con una participación propioceptiva (Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015)

La estrecha relación entre la imagen y el esquema corporal ha hecho que algunos autores estudien a la imagen corporal basándose en 4 componentes o dimensiones: 1) perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o de alguna de sus partes); 2) cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de este); 3) afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de este); 4) conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción) (Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015)

Es importante destacar que la imagen corporal es percibida e influenciada por factores emocionales. Este concepto está ligado al autoestima, tema al que varios autores han hecho hincapié, definiéndola como “una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entorno social” (Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015)

Entonces, el reconocimiento del propio cuerpo y del cuerpo de los demás individuos de la sociedad produce una serie de emociones que posteriormente traerán como respuesta un acto que puede ser positivo o negativo dependiendo de los estímulos percibidos (Gillen MM, 2015). Un ejemplo de esto se ve reflejado en los casos donde se produce la interiorización de cuerpos ideales impuestos por la sociedad orientados hacia la obtención de los estándares de belleza, que se caracterizan por una figura de prodelgadez (Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015)

El trastorno dismórfico corporal (TDC) que también se ha denominado “trastorno de fealdad imaginaria” se caracteriza precisamente por la preocupación que produce en la persona un defecto imaginario de su apariencia. De hecho en estudios recientes, se ha encontrado que el 97 % de las personas con este trastorno evitan actividades sociales y ocupacionales ya que se avergüenzan de su apariencia (Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015).

Dentro de las estrategias planteadas para mejorar el autoconcepto de imagen corporal, se ha evidenciado que la práctica de actividad física genera gran impacto sobre este concepto de una manera efectiva, pues aquellos individuos que realizan actividades físico deportivas tienen una imagen corporal más positiva que los individuos sedentarios.(Rodríguez-Camacho & Alvis-Gomez, 2015)

Lau, Cheung y Ransdell (2008) y Murgui, García y García (2016), han comprobado que la actividad física, la imagen corporal percibida y la autoestima se relacionan significativamente, lo cual es un dato importante a tener en cuenta pues la carencia de una imagen positiva del propio cuerpo puede incidir significativamente de forma negativa sobre el propio autoconcepto; por lo que la práctica de actividad física representa una herramienta eficaz para incrementar bienestar consigo mismo, en cuanto que la actividad física contribuye a una mejor percepción de la imagen corporal, así como a una mayor satisfacción consigo mismo (Blanco et al., n.d.)

Este bienestar psicológico, tiene un rol importante en el desarrollo de la propia personalidad (Reigal, Videra, Parra y Juárez, 2012; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013), por lo que promover la autoestima física a través de la práctica de la actividad física puede promover un estado psicológico más saludable (Blanco et al., n.d.)

7.8. Insatisfacción corporal

Según Ayela, (2009), “La insatisfacción corporal consiste en la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo”. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.9. Distorsión Corporal

Se define la distorsión perceptual como “Expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño”. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.).

Existen 3 perspectivas en las que podemos encontrar la insatisfacción corporal, estas son:

- a) Imagen corporal deformada: percibirse erróneamente con más volumen del que en realidad se tiene. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)
- b) Discrepancia del ideal: percibe su imagen corporal de una manera adecuada e identifica la diferencia de la figura que desearía tener. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)
- c) Respuesta negativa al cuerpo: “el sujeto manifiesta su insatisfacción corporal con sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporal” (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Aspectos relacionados con la imagen corporal (Vaquero Raquel et al., n.d.):

1. Imagen perceptual: “referente al esquema mental del cuerpo en relación al tamaño del mismo.” (Vaquero Raquel et al., n.d.)
2. Imagen Cognitiva:”pensamientos relacionados al propio cuerpo”. (Vaquero Raquel et al., n.d.)
3. Imagen emocional: “sentimientos en cuanto al grado de satisfacción con el propio cuerpo”. (Vaquero Raquel et al., n.d.)

Ortega (2010) propone que existen componentes conductuales relacionados a las conductas que tienen correspondencia con la satisfacción del cuerpo y estos son (Vaquero Raquel et al., n.d.):

- a. Componente perceptual: este se refiere a la exactitud de la identificación en el tamaño del cuerpo. (Vaquero Raquel et al., n.d.)
- b. Componente subjetivo: el cual se refiere a la valoración emocional y cognitiva que se le da al cuerpo, reflejado en su mayor parte en el tamaño del mismo. (Vaquero Raquel et al., n.d.)
- c. Componente Conductual: este componente se refiere a las conductas que el individuo lleva a cabo motivado por la percepción de la imagen corporal. (Vaquero Raquel et al., n.d.)

7.10. Teoría sociocultural del trastorno de la imagen corporal (María & López, n.d.)

Behar (2010), construye su propia teoría en relación al trastorno de la imagen corporal considerando la interrelación con la sociedad como un factor determinante para la insatisfacción con la propia imagen. Para sustentar dicha teoría ha propuesto lo siguiente.

7.11. Internalización del ideal estético sociocultural

Behar (2010), propone que la insatisfacción corporal proviene de la internalización de los ideales estéticos que la sociedad impone, puesto que se motiva a las mujeres a pensar que el “ser bella es

igual a ser delgada”, de igual manera la línea entre salud y trastorno es muy delgada puesto que se ofrecen constantemente productos y métodos para bajar de peso. (María & López, n.d.)

Según Behar (2010), los trastornos de la conducta alimentaria se ven influenciados fuertemente por factores socioculturales e individuales los cuales se presentan a continuación (María & López, n.d.):

a) El modelo cultural de belleza. “El modelo de belleza está caracterizado por un estereotipo que todos tienen que alcanzar, asociando la imagen con el éxito es decir”: “se evalúa el aspecto físico en desmedro de otros atributos espirituales o intelectuales” (María & López, n.d.)

b) Patrones estéticos y los trastornos alimentarios: “Los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia se encuentra atados a los estereotipos de que ser delgada constituye la facilidad de triunfar, agradar y mostrar autocontrol, mientras que el ser gorda conlleva un sentimiento de fracaso, fealdad y pocas posibilidades de triunfar” (María & López, n.d.)

c) La clase social: “anteriormente se tenía establecido que las mujeres de la clase social alta eran en mayor porcentaje delgadas, sin embargo el estereotipo de la delgadez se ha ido extendiendo a todas las clases principalmente por la difusión de la imagen corporal” (María & López, n.d.)

d) El modelaje: “la moda juega un papel importante en la preocupación de la mujeres por mostrar su cuerpo o no, puesto que por medio de las modelos se difunde un prototipo de belleza el cual muestra el éxito que obtienen por medio de su cuerpo, sin tomar en cuenta que el peso que presentan se encuentra muy por debajo del peso saludable de una persona” (María & López, n.d.)

e) Medios de comunicación y la cultura de la imagen: “La televisión es uno de los medios de mayor transmisión de un ideal delgado generando así insatisfacción corporal, esto se hace visible en los comerciales, puesto que la mayoría de hombres y mujeres que aparecen en la televisión cumplen con patrones de delgadez y juventud” (María & López, n.d.)

f) Publicidad: los medios publicitarios son quienes refuerzan un ideal, estableciendo si es aceptable o no lo cual influye fuertemente en la autoestima, puesto que los reportajes van dirigidos a que la persona evalúe su propia imagen corporal. Por ello el autor otorga

responsabilidad importante a la publicidad por su impacto potencial de establecer modelos identificatorios. (María & López, n.d.)

Según Ogden (2005), entre otros factores que se considera clave, dentro de la insatisfacción corporal se encuentran la familia y la cultura. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

a) La familia: Se destaca particularmente la importancia de la madre en el aspecto familiar, debido a que “las madres descontentas con su propio cuerpo comunican esa sensación a sus hijas”, y esto a su vez influye en la satisfacción de las hijas hacia su propia imagen corporal. “Las madres de niñas con anorexia muestran mayor insatisfacción corporal que las madres de niñas sin trastornos”. También expone que existe correspondencia entre el nivel de preocupación por el peso de la madre y la hija. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

b) La cultura: El papel de la aculturación puede orientar al individuo a la insatisfacción corporal puesto que la persona se encuentra tratando de incorporarse al entorno en el que se encuentra. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.12. Consecuencias de la insatisfacción corporal y los modelos estéticos

Para Ogden (2005) los modelos estéticos influyen directamente en la insatisfacción corporal, estos modelos han sido establecidos desde siempre, la imagen femenina curvilínea se ha considerado un símbolo de admiración, aceptación, social y estabilidad emocional, anteriormente la mujer debía moldear su cuerpo según las exigencias de la moda, usar corsés, vendarse el pecho, vendarse la cintura, etc. con la intención de mantener una figura atractiva y aceptada. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Fue hasta la década de 1960 que todos los artefactos para la belleza se cambiaron a versiones más suaves hasta que se eliminaron, por un tiempo se le dio la libertad a la mujer de mostrarse como era sin embargo luego llegó la época del bikini y con ello la introducción de Twiggy (modelo que cobra importancia en la década de 1960) en la moda lo cual comenzó nuevamente a reforzar la idea de que aun cuando no se usaran prendas para moldear el cuerpo, este debería ser plano o redondeado según la sociedad lo estableciera, dando lugar a las conductas que se muestran a continuación (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.):

a) Restricción alimentaria y comida excesiva: Para Ogden (2005), una de las grandes muestras de la insatisfacción corporal constituye el ponerse a régimen o limitar la ingesta de comida en algún momento de su vida. “A finales de la década de 1970 surgió la “Teoría de la restricción alimentaria”, la cual destacaba la importancia del seguimiento de dietas y señalaba la moderación de la comida, dicha teoría se estableció como marco para el estudio de la Conducta Alimentaria. Por otro lado también se ha encontrado que la teoría de la restricción puede conllevar a comer menos o a comer en exceso, puesto que al mantenerse a régimen cuando se tiene la oportunidad de comer, los individuos pueden comer más de lo que una persona que tiene una alimentación sin regímenes consume, es decir que comer en exceso es característico de quienes restringen su comida”. En cuanto a la restricción de la comida se ha establecido un modelo de límites que propone una forma de regulación dual, con una ingesta de comida determinada por los límites de la dieta o la saciedad, así como para establecer la diferencia entre las personas que hacen régimen, las anoréxicas, las que comen con normalidad y las que comen hasta hartarse.(Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

b) Ejercicio excesivo: Sobre esto el mismo autor afirma que actualmente las mujeres hacen más ejercicio del que solían hacer anteriormente. “Sin embargo, el aumento de las mujeres en actividades de mantenimiento físico como yoga, danza, natación etc. Se ve influenciado no por un aspecto de salud si no por el control del peso, la modificación del cuerpo y el atractivo”. Es indispensable recordar que no solo las mujeres se ven afectada por estas conductas puesto que la necesidad de ajustarse a los cánones establecidos del cuerpo ideal resulta siendo un factor que afecta a ambos géneros, así mismo es una de las principales razones por las que las personas se dedican al cuidado del cuerpo de manera excesiva, los individuos asisten a gimnasios o realizan ejercicio más de dos veces al día sin tomar ningún día de descanso e incluso a pesar de lesiones o problemas potenciales con la salud. (Gutiérrez Castro & Ferreira, 2007). Las conductas mencionadas son propias de una adicción al ejercicio, los individuos que presentan dichas conductas tienden a pesarse más de dos veces al día y pasar vario tiempo frente al espejo para ver si su masa muscular presenta algún aumento. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

c) Cirugía estética: el sometimiento de las mujeres en la industria de la cirugía estética ha ido en aumento en los últimos años, siendo las cirugías de mayor solicitud la rinoplastia, el aumento del

busto y la liposucción, claramente esto ha sido adoptado por las mujeres que se encuentran insatisfechas con su aspecto. Estas cirugías cada vez van en aumento y gran influencia ante esto tienen los medios de comunicación, la moda, etc; la razón para realizarse estas intervenciones en su mayor parte es porque las personas desean verse mejor y sentirse más seguras con ellas mismo, por lo que muchas son capaces de someterse a más de una intervención quirúrgica. Además, según (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.) el bienestar emocional que la persona que se opera siente, se encuentra la asociación que se hace con el éxito pues se cree que al ser más bonita o tener un cuerpo “ideal” se puede ser exitosa más fácilmente. Todas estas medidas tomadas por hombres y mujeres vienen a ser consecuencia del deseo por cumplir con el modelo estético ideal. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.13. Bullying e insatisfacción corporal y distorsión de la silueta

Rosental (2014), indica que Bullying es cualquier tipo de maltrato físico, psicológico y verbal entre alumnos de forma reiterada a lo largo del tiempo. Es una forma de tortura estructurada y sistemática a la que es sometido un alumno por sus compañeros, esta puede ser de forma verbal o física, es decir un abuso con un grado alto de violencia hacia la víctima. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

“Existen diferentes tipos de acoso escolar entre ellos se distinguen el bloqueo social, el hostigamiento, la manipulación, las coacciones, la intimidación, las agresiones y amenazas”. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

- a. Bloqueo social: se busca aislar al individuo mediante burlas, colocándolo frente al resto como una persona débil, haciendo que el resto lo rechacen. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)
- b. Hostigamiento: “se manifiesta con el desprecio y la desconsideración del o los agresores”. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)
- c. Manipulación social: “busca distorsionar la imagen del individuo para lograr el rechazo”. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)
- d. Coacción: “obligar al estudiante a realizar actos en contra de su voluntad”. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

- e. Intimidaciones: “se induce al miedo, utilizando diferentes manifestaciones de acoso, dentro y fuera del centro escolar como agresiones y amenazas hacia la integridad física del niño o su familia”. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Por su parte González, Peñafiel & Avilés (2015), mencionan que los diferentes tipos de acoso escolar crean en las víctimas, ansiedad, ideas e intentos suicidas, puesto que se daña a la persona en su integridad, ya que los abusadores se refieren de manera ofensiva, intimidándolos y brindando información despectiva por medio de las redes sociales, para estas autoras la auto- imagen, la percepción corporal así como la posición social y familiar inciden fuertemente en dicho fenómeno. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Es decir que este tipo de abuso puede provocar en el individuo que se encuentra en plena etapa de desarrollo la necesidad de bajar de peso o el temor al aumento del mismo puesto que se desea evitar ser blanco de burlas o desprecios por parte de otros. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.14.Trastornos de la conducta alimentaria

Badía, (2013) los define como “enfermedades crónicas y progresivas de la conducta alimentaria en los que los síntomas se caracterizan por la alteración o la distorsión de la propia imagen corporal, el miedo al aumento de peso y la adquisición de valores a través de la imagen corporal” (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.15.Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa se encuentra clasificada dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Según DSM IV–TR (APA, 2002) las características fundamentales de la Anorexia Nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma a o tamaño del cuerpo. También se presenta la amenorrea en quienes ya hayan pasado la menarquía. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Criterio A: la persona mantiene un peso corporal por debajo de la normalidad para su edad y su talla. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Criterio B: miedo intenso a ganar peso o convertirse en obesas. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.).

Criterio C: alteración en la percepción del peso y de silueta corporal. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Criterio D: disfunción fisiológica de secreción de hormonas folicestimulantes generando amenorrea por su disminución. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Según el DSM IV –TR, (APA, 2002) La anorexia puede clasificarse en dos subtipos:

Tipo restrictivo: en este tipo la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Tipo compulsivo/ purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). Los individuos que pasan por episodios de atracones recurren a las purgas, ya sea provocándose el vómito, utilizando diuréticos, laxantes o enemas en exceso. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa

Según DSM IV-TR (APA, 2002) estipula los siguientes criterios para el diagnóstico

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable). (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, se considera que una mujer presenta amenorrea cuando las menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.16. Bulimia Nerviosa

La Bulimia nerviosa se encuentra clasificada como un trastorno de la conducta alimentaria en el DSM IV-TR (APA, 2002) bajo los códigos 307. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Según DSM IV-TR (APA, 2002) La característica esencial de la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A 1). (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Los atracones se acompaña de sensación de falta de control (A2). Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Existen conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Las personas con Bulimia Nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima

(Criterio D). Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

No debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E). (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Según DSM IV-TR (APA, 2002) se pueden utilizar dos subtipos para determinar la presencia o ausencia de del uso de métodos de purga. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Tipo purgativo: el enfermo ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Tipo no purgativo: el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado vomito o utilizado laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.17.Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia Nerviosa

Según DSM IV-TR (APA, 2002) estipula los siguientes criterios para el diagnóstico:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.).

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria

Badía (2013), indica que la disconformidad con la imagen corporal puede tornarse obsesiva llevando al individuo a la preocupación constante por lo que come o no, esto a su vez conlleva a emociones negativas que aumentan constantemente debido a que no se logra el objetivo deseado y si se alcanza no dura por mucho tiempo o interfiere con la salud. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.18. Modelo de las cinco fases del proceso del desarrollo de los trastornos alimenticios

Cordella (2010), propone un modelo de cinco fases el cual sirve como referencia para poder orientarse en la etapa del proceso de los Trastornos de la Conducta alimentaria en la que se encuentra el individuo y como intervenir en ese momento, dicho modelo se presenta a continuación (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.):

- a) Fase uno: La identidad se forma buscando la adaptación a lo establecido por medio de la experiencia en el diario vivir. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Todo individuo tiene la experiencia del “yo soy” por medio de su emocionalidad y racionalidad, el centro del concepto “yo soy” es el cuerpo, por medio de este se organizan las experiencias en los recuerdos de sí mismo y la relación con los otros, estableciendo así sus propias dimensiones en comparación a otros.(Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

- b) Fase dos: El reconocimiento: cuando se crea un abismo entre la aceptación y la valía personal, se crea un estado donde el individuo considera puede generar una mal

autoestima, adentrándolo en el mundo de las patologías. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

- c) Fase tres: la mente usa al cuerpo como un medio para sobrevivir, si se mantiene el cuerpo adecuadamente, de igual forma será el equilibrio psíquico. Cuando exista la necesidad de tener control patológico del peso y la imagen esto se constituye una situación de riesgo vital. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Así mismo aunque para el adolescente comienza un proceso en el cual desea la autonomía y la desvinculación de las figuras parentales también puede darse lo contrario cuando el proceso es interferido por la biografía familiar ya que se crea una sobre vinculación, la cual da paso a la confusión de identidad y deja al adolescente como eje central de la situación, si él o ella cambia, todo cambia por lo tanto debe sostenerlos y es aquí donde las patologías cobran su espacio, para la paciente el dejar de comer constituye una forma de mantener a la familia unida siendo ella la figura principal y opacando el fondo de la verdadera problemática familiar. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

- d) Fase cuatro: Disminuyendo toda actividad fisiológica. “Esta fase se denomina la sintomática somática, puesto que la paciente insiste en su baja de peso y se encuentra con un cuerpo enfermo que protesta formalmente”. Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.) Es en esta fase se encuentra las pacientes con anorexia restrictiva, las pacientes con bulimia y las comedoras compulsivas, es aquí donde los criterios de las clasificaciones del DSM IV-TR en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria se hacen presentes. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

e) Fase cinco: La protesta psíquica. Focalizando un solo deseo delirante. En esta fase las pacientes sobreviven por la única meta que es bajar de peso, pasan el día pensando y planeando las estrategias para seguir perdiendo peso sin que nadie se dé cuenta para que no interfieran en su deseo. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

Las crisis de angustia, rabia o tristeza se hacen presentes y estas a su vez las imposibilitan para poder desenvolverse adecuadamente en su diario vivir. (Carrillo Lopez Susana Rebeca, n.d.)

7.19. Escalas para evaluar síntomas y conductas de riesgo

Para valorar el Trastorno de la Conducta Alimentario (TCA) y sus diferentes variables se han propuesto varias escalas o instrumentos. Se pueden utilizar para seleccionar poblaciones o individuos en riesgo para TCA y adelantar programas o acciones preventivas. Las escalas son herramientas autoaplicadas que tienen capacidad para establecer síntomas y/o medir la presencia de conductas de riesgo para TCA. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

Con la aplicación de las escalas no se efectúa diagnóstico de TCA, el cual se realiza con la suma de entrevistas semiestructuradas guiadas por un profesional capacitado, la entrevista clínica, la exploración física, psicopatológica, conductual y con las exploraciones complementarias, con las cuales se evidencian las alteraciones somáticas, cognitivas, conductuales y emocionales que hacen parte del TCA. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

Las escalas de mayor interés y aplicación para identificar síntomas y establecer conductas de riesgo para TCA son las siguientes (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.):

7.19.1.SCOFF: Escala propuesta por Morgan y colaboradores (Morgan J, Lacey H, 1999).

Realizaron investigación de casos y controles, aplicando un cuestionario a 166 mujeres de edades entre los 18 y 40 años (casos), quienes tenían diagnóstico comprobado de TCA mediante los criterios del DSM-IV y a 96 mujeres entre los 18 y 39 años de edad de una escuela local (controles). Los resultados arrojaron que tener dos respuestas positivas de las cinco posibles ofrecían sensibilidad del 92 al 96% y especificidad del 87.5%. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.) La escala tiene probabilidad de falsos positivos del 12.5%. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

Es una escala sencilla, consta de cinco ítems o preguntas que valoran síntomas relacionados con la conducta alimentaria en los tres últimos meses. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.19.2. Eating attitudes test (eat). Instrumento con cuarenta preguntas que se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert, que van desde siempre a nunca, para una puntuación de 0 a 120. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

Ampliamente aceptada para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con los TCA. Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones relacionadas con el miedo a ganar peso, la tendencia para adelgazar y la presencia de conducta hacia patrones alimentarios restrictivos. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

EAT es útil para identificar casos de AN previamente no diagnosticados, para aplicar en poblaciones de riesgo para TCA, como bailarinas y modelos. Buen instrumento para validar casos incipientes de AN y BN, de alta confiabilidad y validez transcultural. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.19.3. Eating disorders examination- questionnaire (ede-q). Se utiliza para detectar individuos con alto riesgo de padecer algún tipo de TCA. Con treinta y seis preguntas se evalúa: “[A] Preocupación por el peso. [B] Preocupación por la figura. [C] Restricción alimentaria. [D] Preocupación al comer” (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

Entre mayor sea el resultado obtenido, más severo será el trastorno. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

Tiene en cuenta conductas alimentarias en las cuatro semanas previas a la aplicación (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.19.4. Eating disorders inventory (edi)

Herramienta utilizada para hacer seguimiento a individuos con alteración del comportamiento alimentario como AN y BN, y también en la búsqueda de síntomas y conductas de riesgo para TCA. Identifica variables relacionadas con los síntomas de TCA según los criterios diagnósticos del DSM-IV (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.19.5. Bulimia test (bulit). Propuesta con la intención de identificar a las personas con BN entre la población libre de TCA, distinguir a los individuos con Bullimia Nerviosa (BN) de los que padecen otros tipos de TCA e incluso clasificar a los que presentan BN en distintos subgrupos. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

BULIT es una escala específica para identificar sintomatología y factores de riesgo de bulimia. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.19.6. Bulimia investigatory test of edimburg (bite). Utilizada para detectar precozmente a individuos con síntomas de BN, es también específica para BN (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.19.7. Body shape questionnaire. Creado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987, consta de 34 reactivos con 6 opciones de respuesta y tiene como finalidad evaluar aspectos actitudinales de la imagen corporal. Ha sido utilizado ampliamente a nivel nacional. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.19.8. Stunkard, Sorensen y Schulsinger. Método de siluetas corporales en el que se muetsran nueve figuras de siluetas corporales, tanto de hombres como de mujeres, que van desde muy delgado hasta muy gordo, de etsa manera permite medir de manera fiable la imagen corporal. (Monterrosa Castro Álvaro et al., n.d.)

7.20.Actividad física

Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzcan un gasto energético mayor al existente en reposo. (Escalante Yolanda, n.d.)

Las recomendaciones de actividad son:

1. Niños entre 5 y 17 deberían mínimo 60 minutos diarios de actividad física, mayoritariamente aeróbica, de intensidad moderada o vigorosa. (Escalante Yolanda, n.d.)
2. Personas entre 18 y 64 años mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o 75 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa. (Escalante Yolanda, n.d.). para tener beneficios sobre la salud se debería llegar a 300 minutos de actividad aeróbica moderada y 150 minutos de actividad vigorosa. (Escalante Yolanda, n.d.)
3. Las personas mayores de 65 años deberían añadir 3 veces a la semana de práctica de actividades para mejorar el equilibrio y prevenir caídas. (Escalante Yolanda, n.d.)

Se observa que es muy frecuente que las mujeres al iniciar un plan de entrenamiento, advierten que su objetivo no es desarrollar músculos, si no, reducir su porcentaje de grasa corporal y endurecer determinadas partes del cuerpo, mientras que las personas de género masculino valoran en gran medida mostrar un cuerpo más fuerte. (Espeitx, 2006)

La relación entre la alimentación e imagen corporal es sumamente estrecha, optar por una vía de adelgazar o ganar masa muscular, se correlaciona significativamente con el género. (Espeitx, 2006)

En la actualidad, la delgadez en las mujeres y la musculación en los hombres, son las dos variables que generan más interés especialmente en adolescentes y adultos jóvenes y las formas que adoptan para construir este objetivo están relacionadas con la alimentación, actividad física y el deporte. (Espeitx, 2006)

Por lo que respecta a la alimentación, son numerosos estudios que advierten la creciente presencia de personas entre 20 y 35 años de edad con desajustes alimentarios por el hecho de no estar conformes con su aspecto físico, a pesar de que sus parámetros sean considerados o se encuentren

dentro de la normalidad. (Espeitx, 2006). Un gran número de personas, especialmente mujeres que acuden a lugares como gimnasios o centros de fitness advierten su gran preocupación ante el hecho de estar gordas o no delgadas y generando también preocupación en sus comportamientos alimentarios. (Espeitx, 2006)

Según Mójér, en un estudio realizado en gimnastas y bailarinas de ballet, las estrategias adoptadas por contener el peso dentro de los márgenes que se consideran aceptables suelen basarse en la omisión de comidas, la selección y la restricción. (Espeitx, 2006)

Por otro lado, en deportistas que realizan natación se pudo observar que el 46% de las mujeres mostraban una frecuencia de consumo con más de tres veces al día en el consumo de productos light, mientras que en hombres esto se redujo al 31%. (Espeitx, 2006)

La voluntad por alcanzar un determinado peso o una determinada silueta se da por la modificación de comportamientos alimentarios, esta situación es descrita por Dwyer, Feldman y Mayer, en donde ellos refieren que existe una elevada presencia de regímenes adelgazantes especialmente en deportistas que practiquen deportes en donde lo estético lleven una connotación muy elevada, como son la gimnasia. (Espeitx, 2006).

Moses, 2017, también llevó a cabo un estudio en un centro de fitness en Mallorca, España, este lugar ofrece como planes de entrenamiento crossfit, gimnasio, entrenamientos funcionales y pole dance; aquí se pudo documentar que las personas con una percepción distorsionada del peso corporal son las mujeres clasificadas con un peso insuficiente, siendo el 36% de la muestra total. (Mójér, 2018). En cambio, aquellas que presentaban un peso corporal adecuado o sobrepeso, mostraban una percepción más adecuada a su peso actual. (colaboradores, 2018)

Aquí se destaca la frecuencia de comportamientos poco normales, ya que muchas mujeres manifestaron realizar esfuerzos para restringir su ingesta y su temor a estar gordas, que equivale a no alcanzar los estándares de delgadez. (Mójér, 2018)

Según un estudio realizado en un gimnasio en Armenia, Colombia, la frecuencia, es decir, el número de sesiones de ejercicio físico por semana; y duración, tiempo que lleva haciendo ejercicio físico, son indicadores del desarrollo, mantenimiento o idealización de la imagen corporal. En este estudio se encontró una correlación entre la imagen corporal, la composición corporal y los indicadores de ejercicio físico; los usuarios con mayor masa y mayor porcentaje graso, tendían a señalar las figuras más robustas; por otro lado, se identificó que las mujeres tendían a señalar una silueta mucho más delgada, mientras que los hombres tienen como objetivo una silueta mucho más robusta y definida.

Se pudo identificar que los usuarios más robustos y gruesos, tienden a verse más delgados y se obtuvo que las mujeres tienen una mayor insatisfacción corporal que los hombres, estas mujeres señalan que para poder disminuir su peso consumen carbohidratos 1 vez al día, mientras que los hombres que desean el aumento de masa muscular, llegan al consumo de proteínas de más de 2,2 gr/kg de peso/ día. (Arroyo, 2019)

Se puede también incluir que las elecciones alimentarias en hombres que practican deporte es mucho más variada y de cierta forma más saludable, debido a que los hombres responden que nunca o casi nunca omiten comidas por el deseo de bajar de peso, mientras que en mujeres podemos observar la omisión de comidas o de grupos de alimentos como carbohidratos y grasas. (Arroyo, 2019)

Elecciones alimentarias en deportistas

En el artículo de Christine Rosenbloom, Popular Diets and Athletes (2014); se revisa 4 tipos de dietas que se consideran más populares en deportistas de distintos ídoles. Estas son: dieta de alimentos crudos, dieta mediterránea, dieta de ayuno intermitente, dieta paleolítica. (C. De & Humana, n.d.)

Dieta de la comida cruda

La dieta de alimentos crudos por lo general se considera una dieta vegana mas no es exclusivamente en vegetales, carnes, quesos y leche también se pueden incluir en los alimentos de esta alimentación, pues los alimentos crudos se definen a todo tipo de producto alimenticio que no haya sido calentado a más de 115 ° F y no haya sido procesado por microondas, irradiado, modificado genéticamente o tratados con herbicidas o pesticidas. (C. De & Humana, n.d.)

La mayor preocupación de esta dieta es que los deportistas no cumplan con sus requerimientos energéticos y protéicos debido a que existe una baja asimilación de proteínas animales de manera cruda y sin procesamiento previo. (C. De & Humana, n.d.)

Dieta Paleolítica

La dieta Paleo según Jonsson y Ahrén (2009) marca pautas de alimentación recomendables que no solo se podrían considerar en deportistas, sino también en personas sedentarias, como por ejemplo el consumo de alimentos frescos no procesados, ingesta de vegetales crudos y menos cocinados o sazonados. Sin embargo, la baja distribución de hidratos de carbono parece no ser la más adecuada para el rendimiento deportivo. (C. De & Humana, n.d.)

Dieta Mediterránea

La dieta mediterránea prioriza los alimentos frescos y su variación según la disponibilidad por temporada, es por esto que ingerir distintos grupos de alimentos obtenemos nutrientes con funciones específicas en nuestro organismo y ello tiene un impacto positivo en la salud. (Dieta Mediterránea, De La Teoría A La Práctica, N.D.)

Los ingredientes básicos de la dieta mediterránea son verduras, frutas, cereales, legumbres, frutos secos y aceite de oliva. También incorpora el consumo de alimentos de origen animal, dando relevancia a los productos del mar frente a las carnes. Además incluye huevos y lácteos, conjuntamente con una buena hidratación, de 4 a 6 vasos y se valora como una opción saludable el consumo de bebidas como el vino. (Dieta mediterránea, de la teoría a la práctica, n.d.)

Dieta de ayuno intermitente

Esta dieta consiste en intercalar periodos de ingesta de alimentos con ciclos de ayuno. (Torres Rogelio et al., n.d.)

8. Metodología

8.1. Tipo de estudio

El diseño de la presente investigación es de tipo cuantitativo debido a que se realizarán encuestas con el análisis respectivo de los datos para establecer conclusiones.

Este enfoque cuantitativo nos da la oportunidad de establecer hipótesis, delimitaciones, variables y facilita el proceso para finalmente explicar los fenómenos investigados

Por otro lado, también es un estudio observacional de nivel relacional y corte transversal ya que el investigador no hará ninguna intervención en la población, se considerarán medidas de asociación de las variables (edad, género, preferencias alimentarias, tipo de actividad física, y silueta con la que se identifica) y es de tipo corte transversal debido a que se realizará una sola toma de datos a los participantes en un momento determinado.

8.2. Área de estudio, muestra

La investigación se realizó en el gimnasio Ilaló Fitness Center .

La población de estudio está conformada por hombres y mujeres de entre 19 a 35 años de edad que acudan al gimnasio regularmente. La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia, siendo esta de 34 mujeres y 30 hombres.

8.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

A la población en cuestión se les aplicó 2 cuestionarios que permitieron la recolección de datos, mediante el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos que fue modificado teniendo en cuenta los alimentos que se consumen con más frecuencia en esta población; y el cuestionario de STUNKARD para evaluar la percepción corporal según siluetas, en donde el tamaño de la silueta va aumentando progresivamente de tamaño en dirección de izquierda a derecha, siendo la primera más delgada con un IMC de 17 kg/m²; y la última la más obesa con IMC de 33 kg/m² (véase la figura 1).

8.4. Variables, dimensiones e indicadores

Las variables que se estudiaron en la presente investigación fueron: autopercepción corporal mediante el test de Stunkard, dando 9 opciones de siluetas en donde el sujeto puede elegir la que considere adecuada según su autopercepción.

Por otro lado, para determinar las elecciones alimentarias dentro de los últimos 6 meses, se realizó el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. La encuesta tiene 11 opciones de respuestas de tipo Likert, las cuales son: nunca, 1 vez al mes, 2 veces al mes, 3 veces al mes; 1 vez a la semana, 2 veces a la semana, 3 veces a la semana, 4 veces a la semana; 1 vez al día, 2 veces al día; 3 veces al día.

8.5. Fuentes de información

Fuentes primarias: los datos se obtuvieron a partir de la información brindada por las personas que acuden regularmente al gimnasio a través de los cuestionarios previamente elaborados.

Cuestionario de siluetas de Stunkard

1. ¿con qué silueta se identifica?

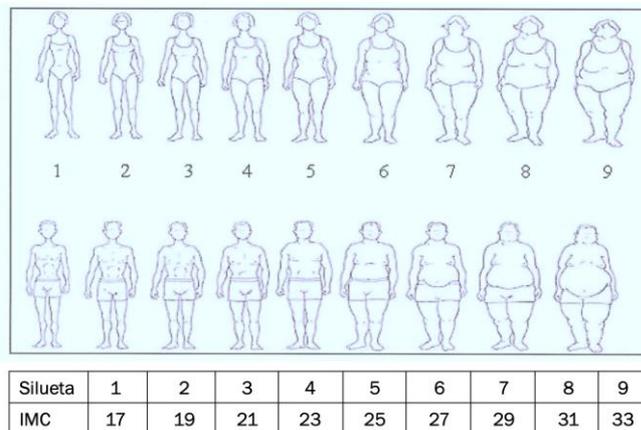


Figura 1. Análisis de la percepción corporal (método adaptado de Stunkard y Stellard 1990) (Salaberria et al., 2007)

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (Tabla 1)

GRUPO DE ALIMENTOS	CONSUMO MEDIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES											
	NUNCA	AL MES			A LA SEMANA					AL DÍA		
		1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3
Lácteos enteros												
Lácteos semidescremados												
Huevos												
Carnes magras: pollo, pavo, ternera												
Carnes grasas												
Pescados												
Mariscos												
Verduras												
Frutas												
Frutos secos												
Legumbres												
Aceite de oliva												
Otras grasas												
Cereales integrales: avena, arroz, fideos, cebada integrales												
Cereales refinados: harina blanca, arroz blanco, pan blanco												
Repostería industrial												
azúcares												
Alcohol												
Agua												
Proteína en polvo												
Creatina												
Quemador de grasa												
Glutamina												
Betaalanina												
Hidroximetilbutirato												

Adaptado de: (Goni Mateos, Leticia, Aray Miranda, Maritza, Martínez H., Alfredo, & Cuervo Zapatel, Marta. (2016) Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos basado en un sistema de intercambios. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos basado en un sistema de intercambios. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6).

Fuentes secundarias: para una correcta aplicación y modificación de los cuestionarios se revisó artículos publicados en PubMed, Google Academic, Scielo Scienty Red, Scopus.

Se realizó revisiones bibliográficas de estudios respecto a las elecciones alimenticias y la imagen corporal, tanto en la población que realiza ejercicio diariamente como en población que realiza actividad física.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron: a) proporcionar información sobre las elecciones alimenticias en jóvenes adultos, mujeres, personas que realizan ejercicio físico de forma frecuente, estudiantes universitarios, profesionales, deportistas de alto rendimiento; b) estudios realizados en población adolescente y jóvenes adultos entre 19 y 35 años de edad; c) estudios publicados en inglés, español, portugués; d) estudios sobre la imagen corporal en jóvenes adultos y en personas que realizan ejercicio físico; e) estudios sobre la influencia de la cultura, los medios de comunicación y la infancia en el autoconcepto corporal; f) estudios de los últimos 8 años.

Se excluirán los; a) estudios de más de 8 años de publicación; b) que estén en otros idiomas; c) estudios realizados en niños.

Se consultaron las bases de datos Scielo, PubMed, Google Scholar y Scopus debido a su amplia variedad de estudios que se encuentran actualizados y son a nivel mundial. A partir de aquí se selecciona todos los artículos desde el 2014 en adelante para poder realizar la presente investigación. También se consultaron libros como Dietoterapia de Krauss y Nutrición en Etapas de la vida de Brown. La estrategia de búsqueda empleada en la base de datos fue la siguiente: Imagen corporal, food choices, body dysmorphic disorders, body image, dismorfia corporal, eating, avoidant restrictive food intake disorder, diet, nutrition, sports nutritional sciences, rendimiento Deportivo.

8.6. Métodos de revisión

Recolección y tamizaje de artículos basándose en los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente, para ser evaluados mediante la lectura de los títulos y resúmenes y de esta forma continuar a descargar los artículos que si cumplan con los criterios de inclusión deseados, respondiendo incógnitas como:

¿qué es la imagen corporal?; percepción de la imagen corporal en mujeres de 19 años o más; ¿cuál es la dieta más común en deportistas?; ¿las personas que realizan ejercicio tienden a desencadenar con más frecuencia TCA que las personas que no realizan ejercicio?; ¿qué son los TCA?; TCA en la población que práctica a menudo actividad física.

8.7. Evaluación y valoración de la calidad de la información

Para todos los artículos se tomó en cuenta el contenido y la autoría para de esta forma poder asegurarse de la validez y fiabilidad del contenido. Se valoró también la actualidad de la información, la audiencia y población en la que se realizó el estudio, la organización y estructura de toda la información, citas bibliográficas y disponibilidad para descargar el archivo o artículo en PDF.

8.8. Cuadro de operacionalización de variables (Tabla 2)

VARIABLES	Medida/Escala	Definición	Indicador	Rango
Sexo	Nominal	Condición orgánica que distingue a hombres y mujeres, a través de las características fisiológicas, anatómicas, físicas y biológicas. (RAE, 2019)	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre
Edad	Cuantitativo	Tiempo que ha vivido un individuo desde su nacimiento. (RAE, 2019)	Número de años	Variable continua
Ejercicio físico	Nominal	Actividad planificada, estructurada y repetitiva, con el fin de mantener nuestra salud. (León, 2018)	Elección de ejercicio físico	<ul style="list-style-type: none"> • Crossfit • Gimnasio • Crossfit y gimnasio
Elecciones alimentarias	Ordinal	Decisión referente a los alimentos que ingerimos y compramos.	Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • 1 vez al mes • 2 veces al mes • 3 veces al mes • 1 vez a la semana • 2 veces a la semana • 3 veces a la semana • 4 veces a la semana • 1 vez al día • 2 veces al día • 3 veces al día
Autopercepción corporal	Nominal	“La representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente” de Schilder (2004),	Test de siluetas de Stunkard	<ul style="list-style-type: none"> • Silueta 1: IMC 17 • Silueta 2: IMC 19 • Silueta 3: IMC 21 • Silueta 4: IMC 23

				<ul style="list-style-type: none">• Silueta 5: IMC 25• Silueta 6: IMC 27• Silueta 7: IMC 29• Silueta 8: IMC 31• Silueta 9: IMC 33
--	--	--	--	---

(Elaborado por Sofía Galarza)

8.9. Resultados y Análisis Estadístico

El presente apartado ofrece la información recolectada mediante los cuestionarios hechos a los participantes para obtener la relación de las elecciones alimentarias y la autopercepción corporal.

A continuación se presenta la interpretación de cada uno de los ítems evaluados a los participantes con sus respuestas correspondientes de las encuestas realizadas.

La Tabla 3, presenta la información personal de los encuestados.

La Tabla 2, Análisis de la autopercepción corporal, presenta el análisis de la percepción de cada sujeto basándose en cómo ellos se perciben y cuál es su silueta ideal, dando como resultado si es que existe una subestimación, sobreestimación o si su autopercepción es adecuada.

Además, se presentan cada uno de los ítems del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos los cuales son interpretados conforme cuántos hombres y cuántas mujeres responden a las opciones dadas. (Ver tabla 1, tabla 2)

8.10. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se usó el programa Stata para realizar la agrupación de los datos obtenidos mediante las encuestas y poder encontrar la relación de las elecciones alimentarias y la autopercepción corporal mediante tablas cruzadas y el test Chi-cuadrado.

Tabla 3. Información personal

Género	Estatura	Peso	IMC	Ejercicio físico que realiza
Fémenino				
	1,55	60	25,0	Gimnasio
	1,6	54	21,1	Crossfit
	1,65	56	20,6	Gimnasio
	1,6	55	21,5	Crossfit
	1,56	64	26,3	Gimnasio
	1,55	53	22,1	Crossfit
	1,57	54	21,9	Crossfit
	1,56	63	25,9	Gimnasio
	1,57	56	22,7	Crossfit
	1,63	59	22,2	Crossfit
	1,65	59	21,8	Gimnasio
	1,62	65	24,8	Gimnasio
	1,62	64	24,4	Crossfit y gimnasio
	1,54	49	20,7	Crossfit
	1,65	64	23,5	Gimnasio
	1,65	67	24,6	Crossfit
	1,6	64	25,0	Gimnasio
	1,53	50	21,4	Crossfit
	1,49	52	23,4	Crossfit
	1,57	67	27,2	Gimnasio
	1,55	54	22,5	Crossfit
	1,65	68	25,0	Crossfit y gimnasio
	1,62	59	22,5	Crossfit y gimnasio
	1,56	54	22,2	Gimnasio
	1,63	57	21,5	Crossfit
	1,56	50	20,5	Gimnasio
	1,6	56	21,9	Crossfit
	1,65	58	21,3	Gimnasio
	1,6	54	21,1	Gimnasio
	1,62	54	20,6	Gimnasio

	1,56	53	21,8	Crossfit y gimnasio
	1,51	52	22,8	Gimnasio
	1,68	58	20,5	Crossfit y gimnasio
	1,58	58	24,1	Gimnasio

Género	Estatura	Peso	IMC	Ejercicio físico que realiza
Masculino	1,76	78	25,2	Gimnasio
	1,78	87	27,5	Crossfit y gimnasio
	1,73	65	21,7	Gimnasio
	1,75	79	25,8	Crossfit y gimnasio
	1,8	81	25,0	Gimnasio
	1,72	80	27,0	Crossfit
	1,6	55	21,5	Gimnasio
	1,7	67	23,2	Crossfit
	1,72	68	23,0	Crossfit
	1,72	74	25,0	Gimnasio
	1,7	78	27,0	Crossfit
	1,79	89	27,8	Crossfit y gimnasio
	1,75	78	25,5	Crossfit
	1,78	80	25,2	Gimnasio
	1,71	67	22,9	Crossfit
	1,75	79	25,8	Crossfit
	1,77	89	28,4	Gimnasio
	1,78	80	25,2	Crossfit
	1,7	80	27,7	Crossfit y gimnasio
	1,78	80	25,2	Crossfit
	1,7	67	23,2	Gimnasio
	1,67	78	28,0	Crossfit
	1,67	65	23,3	Crossfit y gimnasio
	1,78	87	27,5	Crossfit
	1,74	65	21,5	Gimnasio
	1,7	76	26,3	Crossfit y gimnasio
	1,79	83	25,9	Crossfit
	1,74	78	25,8	Gimnasio
	1,73	67	22,4	Crossfit
	1,81	78	23,8	Crossfit y gimnasio

	1,79	80	25,0	Gimnasio
--	------	----	------	----------

(Elaborado por Sofía Galarza)

Tabla 4. Autopercepción corporal

#ENCUESTADO	GÉNERO	IMC	¿Con qué silueta se identifica? (con el IMC correspondiente a la silueta)	¿Cuál sería su silueta deseada? (con IMC correspondiente a la silueta)	Interpretación
1	Femenino	25	4 – 23 imc	3-21	La paciente con IMC de 25 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.
2	Femenino	21,1	2- 19 imc	2-19	La paciente con IMC de 21,1 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 19 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
3	Femenino	20,6	4- 23 imc	3-21	La paciente con IMC de 20,6 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 23 kg/m ² y

					teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21, siendo superior a su IMC actual.
4	Femenino	21,5	1-17 imc	3-21	La paciente con IMC de 21,5 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 17 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21, siendo el mismo IMC al actual.
5	Femenino	26,3	6- 27 imc	3-21	La paciente con IMC de 26,3 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 27 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.
6	Femenino	22,1	4-23 imc	2-19	La paciente con IMC de 22,1 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener

					una silueta correspondiente a un IMC de 19.
7	Femenino	22	3-21 imc	1-17	La paciente con IMC de 21,9 kg/m ² , se identifica con la silueta correspondiente a su IMC, teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 17.
8	Femenino	26	6- 27 imc	2-19	La paciente con IMC de 25,9 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 27 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
9	Femenino	22,7	3-21 imc	2-19	La paciente con IMC de 22,7 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 21 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.

10	Femenino	22,2	3-21 imc	1-19	La paciente con IMC de 22,2 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 21 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
11	Femenino	21,8	2- 19 imc	2-19	La paciente con IMC de 21,8 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 19 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
12	Femenino	24,8	4-23 imc	3-21	La paciente con IMC de 24,8 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.

13	Femenino	24,4	4-23 imc	3-21	La paciente con IMC de 24,4 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.
14	Femenino	20,7	2-19 imc	2-19	La paciente con IMC de 20,7 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 19 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
15	Femenino	23,5	3-21 imc	2-19	La paciente con IMC de 23,5 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 21 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.

16	Femenino	24,6	4-23 imc	3-21	La paciente con IMC de 24,6 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.
17	Femenino	25	5- 25 imc	3-21	La paciente con IMC de 25 kg/m ² , se identifica con la silueta que corresponde a su IMC y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.
18	Femenino	21,4	3-21 imc	2-19	La paciente con IMC de 21,4 kg/m ² , se identifica con la silueta correspondiente a su IMC, y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.

19	Femenino	23,4	3-21 imc	3-21	La paciente con IMC de 23,4 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 21 kg/m ² y teniendo el deseo permanecer con la silueta que se identifica, es decir, de un IMC de 21 kg/m ²
20	Femenino	27,2	6-27 imc	4-23	La paciente con IMC de 27,2 kg/m ² , se identifica con la silueta que corresponde a su IMC y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 23.
21	Femenino	22,5	4-23 imc	3-21	La paciente con IMC de 22,5 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.

22	Femenino	25	4-23 imc	1-17	La paciente con IMC de 25 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 17.
23	Femenino	22,5	4-23 imc	2-19	La paciente con IMC de 22,5 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
24	Femenino	22,2	4-23 imc	3-21	La paciente con IMC de 22,2 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.
25	Femenino	21,5	4-23 imc	1-17	La paciente con IMC de 21,5 kg/m ² , sobreestima el mismo, identificándose

					con un IMC superior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 17.
26	Femenino	20,5	1-17 imc	2-19	La paciente con IMC de 20,5 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 17 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19, es decir, superior con la que se identifica.
27	Femenino	22	4-23 imc	2-19	La paciente con IMC de 21,9 kg/m ² , sobrestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
28	Femenino	21,3	4-23 imc	2-19	La paciente con IMC de 21,3 kg/m ² , sobrestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 23 kg/m ² y

					teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 19.
29	Femenino	21,1	2-19 imc	3-21	La paciente con IMC de 21,1 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 19 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21, siendo mayor con el que se identifica, pero igual al que tiene.
30	Femenino	20,6	1-17 imc	3-21	La paciente con IMC de 20,6 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 17 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21.
31	Femenino	21,8	3-21 imc	2-19	La paciente con IMC de 21,8 kg/m ² , se identifica con la silueta que corresponde a su IMC, y teniendo el deseo de tener una silueta

					correspondient e a un IMC de 19.
32	Femenino	22,8	5-25	3-21	La paciente con IMC de 22,8 kg/m ² , sobrestima el mismo, identificándose con un IMC superior de 25 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondient e a un IMC de 21.
33	Femenino	20,5	1-17 imc	4-23	La paciente con IMC de 20,5 kg/m ² , sobrestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 17 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondient e a un IMC de 23.
34	femenino	24,1	4-23	1-17	La paciente con IMC de 24,1 kg/m ² , subesestima el mismo, identificándose con un IMC inferior de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener una silueta correspondient e a un IMC de 17.

#Encuestado	Género	IMC	¿Con qué silueta se identifica?	¿Cuál sería su silueta deseada?	Interpretación
-------------	--------	-----	---------------------------------	---------------------------------	----------------

			(con el IMC correspondiente a la silueta)	(con IMC correspondiente a la silueta)	
1	Masculino	25,2	5-25	3-21	El paciente con IMC de 25,2 kg/m ² , se identifica con la silueta que corresponde a su IMC, teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21 kg/m ² .
2	Masculino	27,5	6-27	4-23	El paciente con IMC de 27,5 kg/m ² , se identifica con la silueta que corresponde a su IMC, teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 23 kg/m ² .
3	Masculino	21,7	1-17	3-21	El paciente con IMC de 21,7 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 17 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 21.
4	Masculino	25,8	5-25	3-21	El paciente con IMC de 25,8 kg/m ² , se identifica con la silueta que corresponde a su IMC, teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente

					a un IMC de 21 kg/m ² .
5	Masculino	25	5-25	3-21	El paciente con IMC de 25 kg/m ² , se identifica con la silueta que corresponde a su IMC, teniendo el deseo de tener una silueta correspondiente a un IMC de 21 kg/m ² .
6	Masculino	27	5-25	3-21	El paciente con IMC de 27 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 25 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 21.
7	Masculino	21,5	1-17	4-23	El paciente con IMC de 21,5 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 17 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 21.
8	Masculino	23,2	4-23	2-19	El paciente con IMC de 23,2 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente y tiene el deseo de tener la silueta

					número 2 de IMC 19.
9	Masculino	23	4-23	3-21	El paciente con IMC de 23 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 3 de IMC 21.
10	Masculino	25	4-23	3-21	El paciente con IMC de 25 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 23 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 21.
11	Masculino	27	6-27	4-23	El paciente con IMC de 27 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 4 de IMC 23.
12	Masculino	27,8	6-27	1-17	El paciente con IMC de 27,8 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 1 de IMC 17.
13	Masculino	25,5	5-25	2-19	El paciente con IMC de 25,5

					kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 2 de IMC 19.
14	Masculino	25,2	5-25	2-19	El paciente con IMC de 25,2 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 2 de IMC 19.
15	Masculino	23	3-21	1-17	El paciente con IMC de 22,9 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 21 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 17.
16	Masculino	25,8	5-25	3-21	El paciente con IMC de 25,8 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 3 de IMC 21.
17	Masculino	28,4	6-27	5-25	El paciente con IMC de 28,4 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose

					con la silueta correspondiente al IMC de 27 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 25.
18	Masculino	25,2	5-25	3-21	El paciente con IMC de 25,2 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 3 de IMC 21.
19	Masculino	27,7	6-27	4-23	El paciente con IMC de 27,7 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 4 de IMC 23.
20	Masculino	25,2	5-25	3-21	El paciente con IMC de 25,2 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 3 de IMC 21.
21	Masculino	23,2	3-21	4-23	El paciente con IMC de 23,2 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 21 kg/m ² y teniendo

					el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 23.
22	Masculino	28	6-27	2-19	El paciente con IMC de 28 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 27 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 19.
23	Masculino	23,2	3-21	3-21	El paciente con IMC de 23,2 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 21 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 21, siendo la misma con la que se identifica.
24	Masculino	27,5	6-27	2-19	El paciente con IMC de 27,5 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 2 de IMC 19.
25	Masculino	21,5	1-17	3-21	El paciente con IMC de 21,5 kg/m ² , subestima el mismo,

					identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 17 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 21.
26	Masculino	26,3	5-25	3-21	El paciente con IMC de 26,3 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose con la silueta correspondiente al IMC de 25 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 21.
27	Masculino	25,9	5-25	2-19	El paciente con IMC de 25,9 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 2 de IMC 19.
28	Masculino	25,8	5,25	3-21	El paciente con IMC de 25,8 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 3 de IMC 21.
29	Masculino	22,4	3-21	2-19	El paciente con IMC de 22,4 kg/m ² , subestima el mismo, identificándose

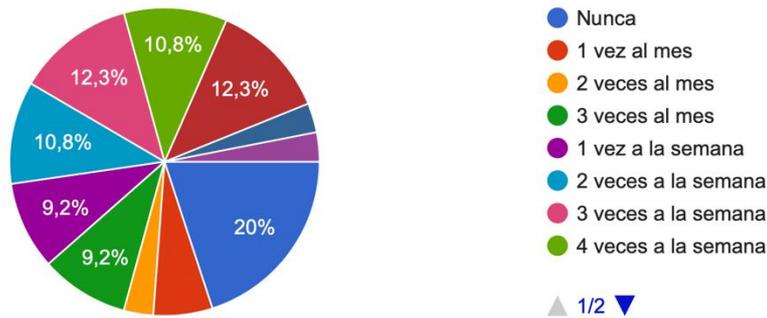
					con la silueta correspondiente al IMC de 21 kg/m ² y teniendo el deseo de tener la silueta correspondiente a un IMC de 19.
30	Masculino	25	5-25	4-23	El paciente con IMC de 25 kg/m ² , se identifica correctamente con la silueta correspondiente a su IMC y tiene el deseo de tener la silueta número 4 de IMC 23.

(Elaborado por Sofia Galarza)

8.11. Resultados de cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos

Gráfico 2

Lácteos enteros

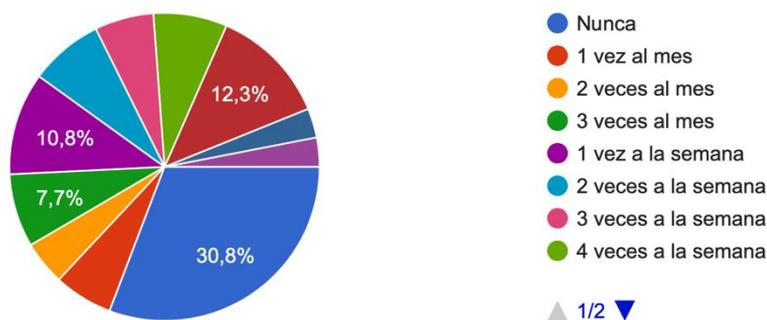


(Elaborado por Sofía Galarza)

El 20% de la población encuestada nunca consume lácteos enteros, mientras que únicamente el 3,1% consumen 3 veces al día lácteos enteros.

Gráfico 3

Lácteos semidescremados

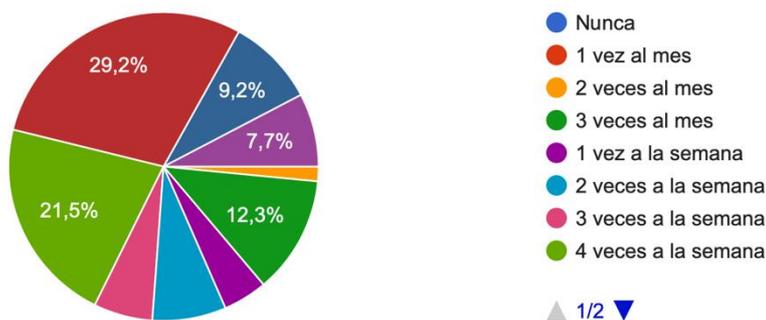


(Elaborado por Sofía Galarza)

El 30,8% de la población encuestada nunca consume lácteos semidescremados, mientras que el 3,1% consume 3 veces al día.

Gráfico 4

Huevos

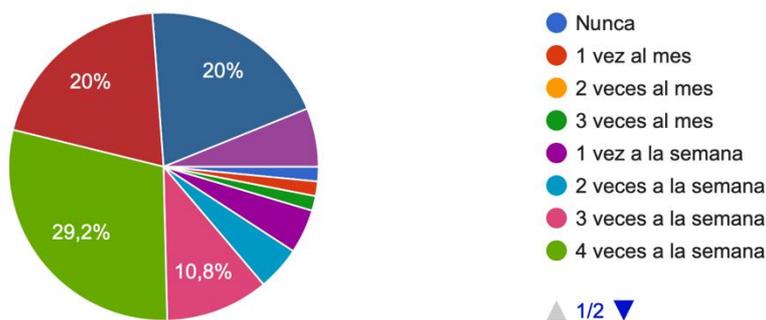


(Elaborado por Sofía Galarza)

El 29,2% de la población refiere que consumen huevos 1 vez al mes mientras que el 21,5% consumen huevos 4 veces a la semana.

Gráfico 5

Carnes magras: pollo, ternera, pavo

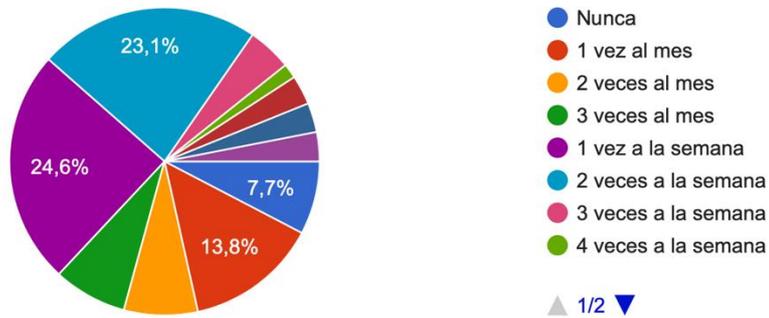


(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 29,2% consume carnes magras 3 veces al mes y únicamente el 6,2% consume 3 veces al día.

Gráfico 6

Carnes grasas: cerdo

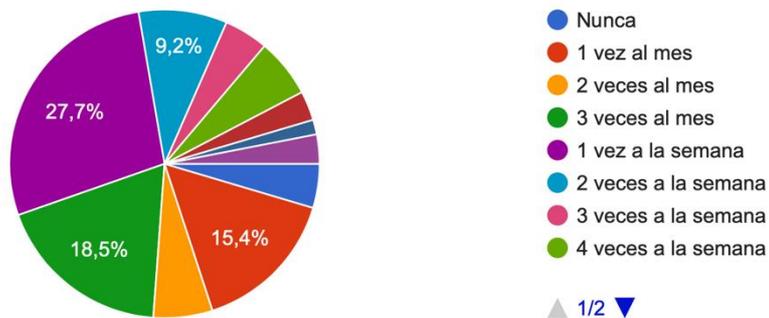


(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 24,6% consume carne de cerdo 1 vez a la semana, mientras que el 7,7% nunca consume.

Gráfico 7

Pescados

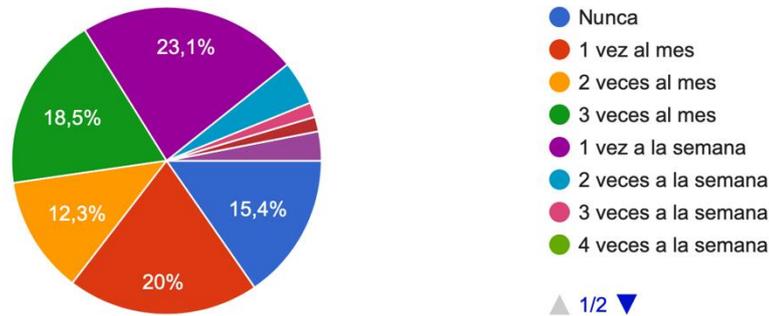


(Elaborado por Sofía Galarza)

El 27,7% de la población consume pescados 1 vez a la semana, mientras que el 4,6% nunca consume pescados.

Gráfico 8

Mariscos

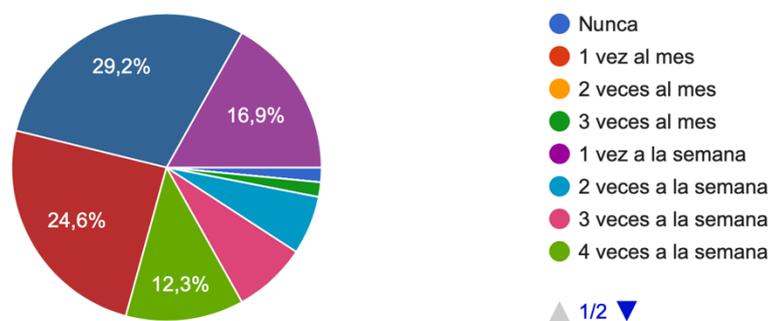


(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 23,1% consume mariscos 1 vez a la semana, mientras el 15,4% nunca consume mariscos.

Gráfico 9

Verduras

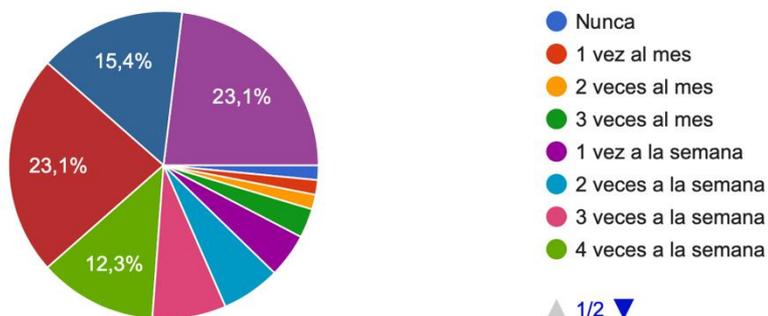


(Elaborado por Sofía Galarza)

El 29,2% de la población responde que nunca consume verduras, mientras que el 12,3% consume 4 veces a la semana.

Gráfico 10

Frutas

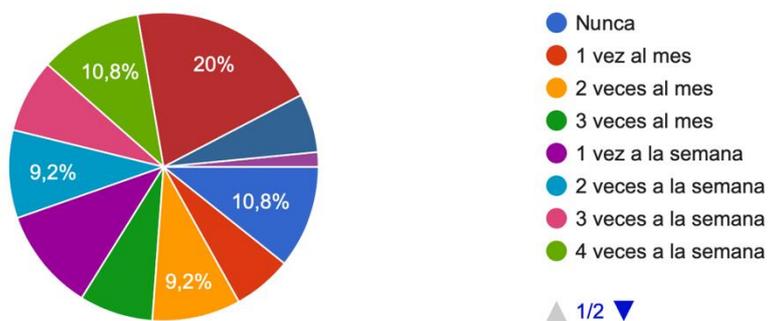


(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 23,1% consume 1 vez a la semana frutas mientras que el 15,4% consume frutas dos veces al día.

Gráfico 11

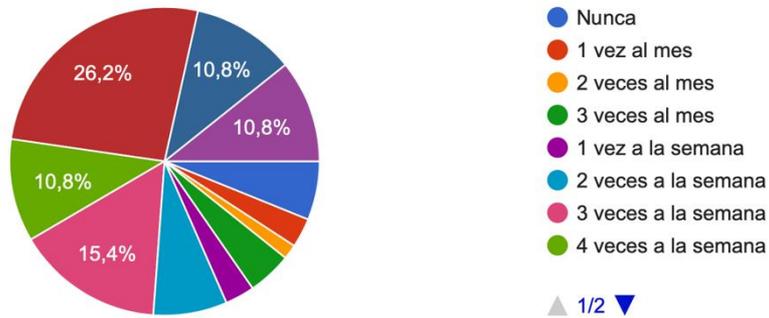
Frutos secos



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 10,8% nunca consume frutos secos, mientras que el 20% consume 1 vez al día.

Gráfico 12
Legumbres

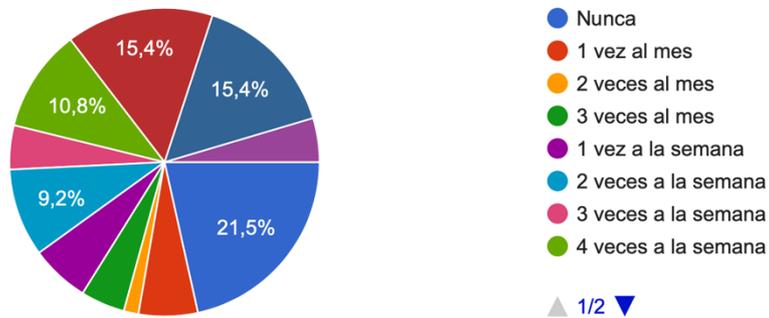


(Elaborado por Sofía Galarza)

El 26,2% de los encuestados consumen legumbres 1 vez al día, mientras que el 10,8% nunca lo hacen.

Gráfico 13

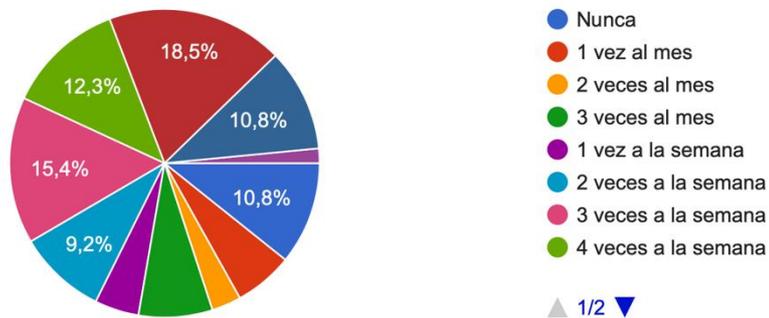
Aceite de oliva



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 21,5% nunca consume aceite de oliva, mientras que el 15,4% consume 1 vez al día.

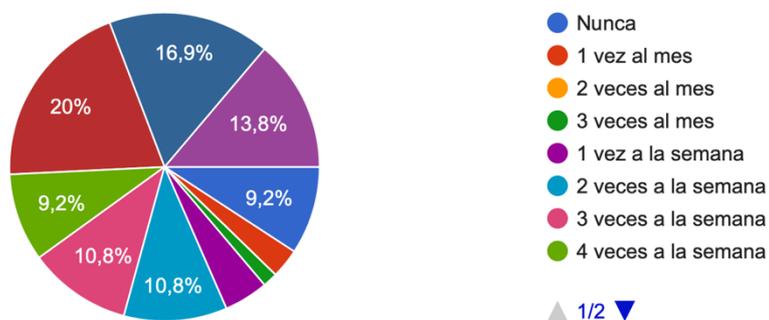
Gráfico 14
Otras grasas



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 18,5% responde que consume otras grasas 1 vez al día, mientras que el 10,8% nunca consume otras grasas.

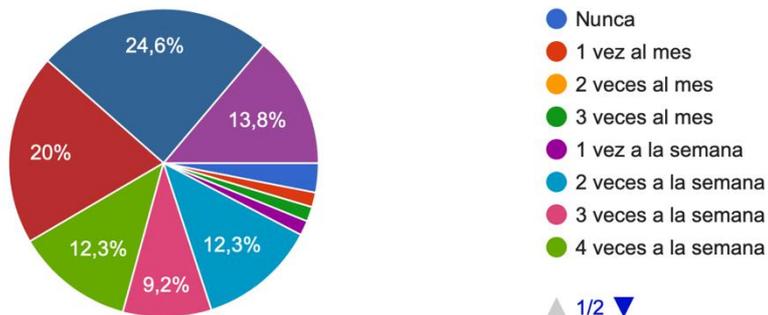
Gráfico 15
Cereales integrales: arroz, fideos, cebada, avena



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los encuestados, el 20% consume cereales integrales 1 vez al día, mientras que el 9,2% nunca lo hacen.

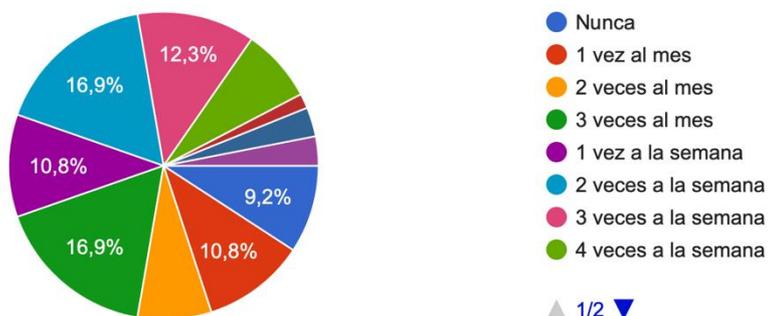
Gráfico 16
Cereales refinados: arroz, pan blanco



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 24,6% consumen cereales refinados 2 veces al día, mientras que el 3,1% nunca lo hace.

Gráfico 17
Repostería industrial

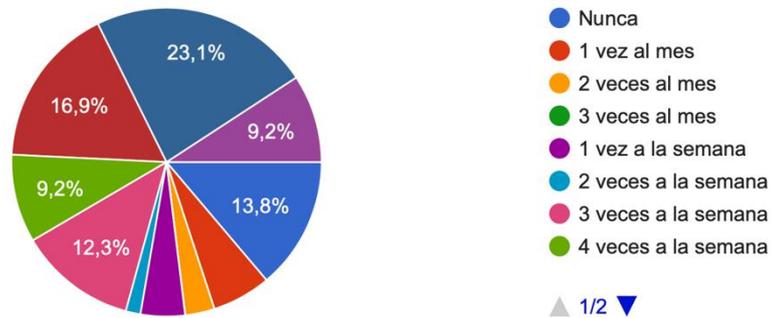


(Elaborado por Sofía Galarza)

El 9,2% de los encuestados nunca consume repostería industrial, mientras que el 16,9% consume 2 veces a la semana.

Gráfico 18

Azúcar

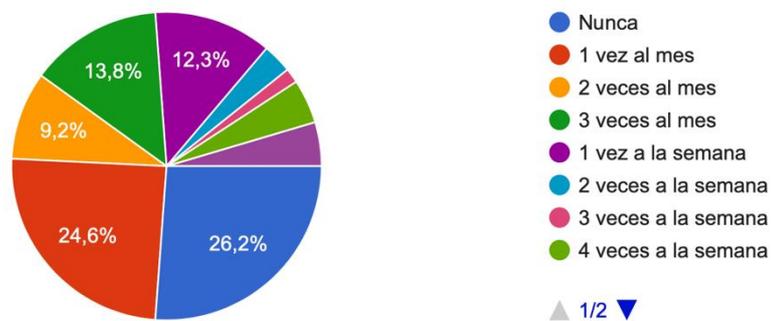


(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 13,8% nunca consume azúcar, mientras que el 23,1% consume azúcar 1 vez al día.

Gráfico 19

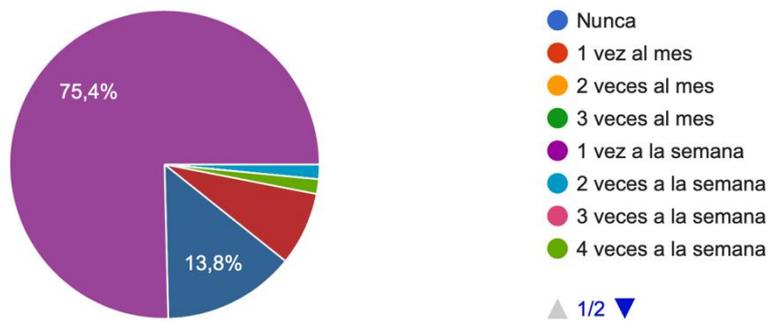
Alcohol



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, el 26,2% nunca consume alcohol, mientras que el 24,6% consume 1 vez al mes.

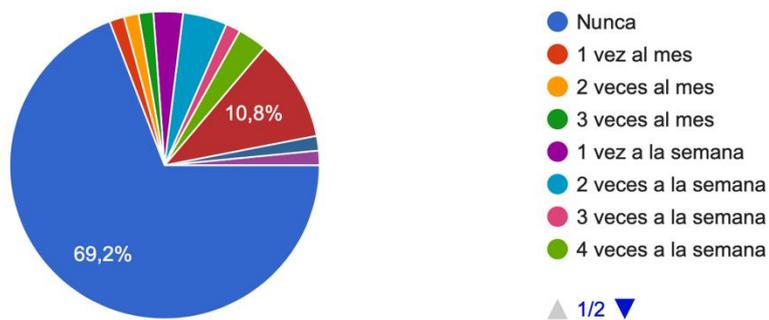
Gráfico 20
Agua



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, más de la mitad de la población responde que consume agua regularmente

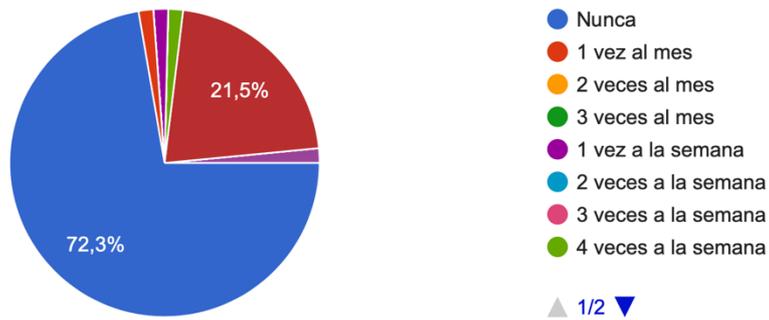
Gráfico 21
Proteína en polvo



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, a pesar de ser personas que realizan ejercicio regularmente, más de la mitad no consumen proteína en polvo.

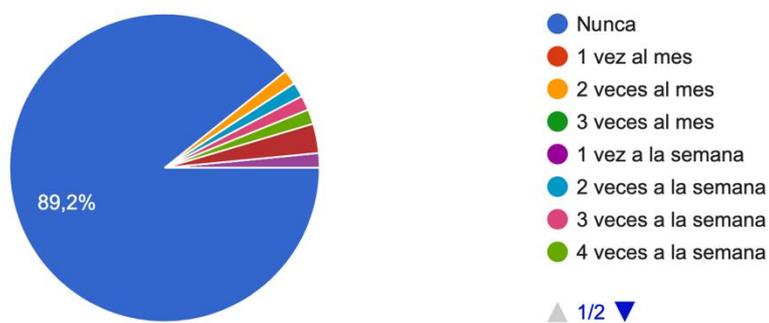
Gráfico 22
Creatina



(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, únicamente el 21,5% consume creatina 1 vez al día.

Gráfico 23
Quemador de grasa

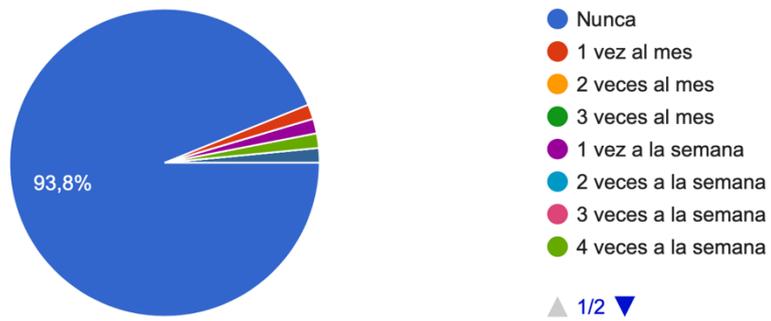


(Elaborado por Sofía Galarza)

De los 64 encuestados, casi toda la población responde que nunca consume quemadores de grasa.

Gráfico 24

Glutamina



(Elaborado por Sofía Galarza)

Casi toda la población responde que nunca consumen glutamina.

8.12. Interpretación estadística

Frecuencia de consumo de alimentos (Tabla 5)

grupo_alimento	stats	unave-na	dosve-na	tresv-na	cuatro-a	unave-ia	dosve-ia	tresv-ia
agua	mean	0	0	0	0	5	9	47
	sum	0	0	0	0	5	9	47
	p50	0	0	0	0	5	9	47
alcohol	mean	8	2	1	3	0	0	3
	sum	8	2	1	3	0	0	3
	p50	8	2	1	3	0	0	3
carbs	mean	1	6.5	5.5	7.5	12	13	9
	sum	1	6.5	5.5	7.5	12	13	9
	p50	1	6.5	5.5	7.5	12	13	9
frutas y verdu	mean	1.5	3.5	5	7	16	15	13.5
	sum	1.5	3.5	5	7	16	15	13.5
	p50	1.5	3.5	5	7	16	15	13.5
grasas	mean	4.6	6	6	7.6	9.3	6.3	4.6
	sum	4.6	6	6	7.6	9.3	6.3	4.6
	p50	4.6	6	6	7.6	9.3	6.3	4.6
huevos	mean	3	5	4	14	18	6	5
	sum	3	5	4	14	18	6	5
	p50	3	5	4	14	18	6	5
legumbres	mean	2	5	10	7	7	7	8
	sum	2	5	10	7	7	7	8
	p50	2	5	10	7	7	7	8
lácteos entero	mean	6.5	6	6	6	6	2	2
	sum	6.5	6	6	6	6	2	2
	p50	6.5	6	6	6	6	2	2
proteínas	mean	12.75	6.25	4	6.25	4.75	4.2	1.5
	sum	12.75	6.25	4	6.25	4.75	4.2	1.5
	p50	12.75	6.25	4	6.25	4.75	4.2	1.5
repostería y a	mean	5.5	6.5	8	5.5	6	8.5	4
	sum	5.5	6.5	8	5.5	6	8.5	4
	p50	5.5	6.5	8	5.5	6	8.5	4
suplementos	mean	1.5	.5	.5	0	5.75	1	3
	sum	1.5	.5	.5	0	5.75	1	3
	p50	1.5	.5	.5	0	5.75	1	3

(Elaborado por Sofía Galarza)

La gran mayoría de personas dice que toma agua tres veces al día.

Una buena proporción de personas respondió que nunca consumen alcohol.

Los carbohidratos consumidos por los encuestados son de forma casi-regular, entre 5 y 7 personas contestaron que ingieren carbohidratos de 3 a 5 veces por semana.

El consumo de leche, huevos y lácteos tiene una distribución más homogénea, significando que existe un consumo regular de estos alimentos a lo largo de las semanas y días.

Una gran cantidad de personas consume proteínas una vez a la semana y en alternancia según el día.

En promedio, según los encuestados, aproximadamente 6 personas ingieren suplementos alimenticios una vez al día.

Es mayoritaria la cantidad de personas que evitan consumir grasas todo el tiempo, aunque casi la mitad promediada de esas personas lo hacen tres veces a la semana.

Con respecto a azúcares y dulces, la mayor parte de personas consumen dos veces al día.

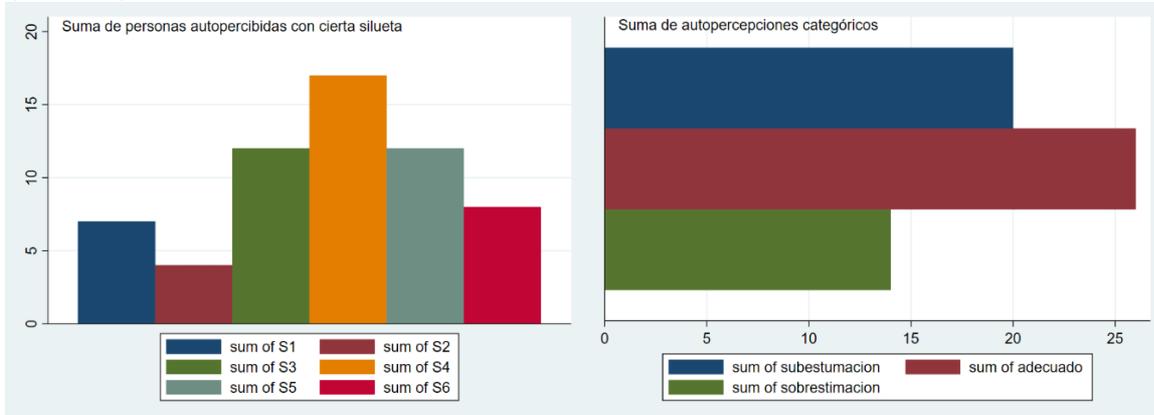
8.13. Identificación con las siluetas corporales (test de Stunkard) (Tabla 6)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
S1	8	.875	1.642081	0	4
S2	8	.5	1.069045	0	3
S3	8	1.5	2.267787	0	5
S4	8	2.125	1.807722	0	5
S5	8	1.5	3.854496	0	11
S6	8	1	2.13809	0	6
nunca	11	9.986364	14.74286	0	51
unavez_mes	11	3.713636	4.793959	0	16
dosveces_mes	11	2.009091	1.999602	0	6
tresveces_mes	11	4.095455	3.095194	0	9
unavez_sem~a	11	4.213636	3.787089	0	12.75
dosveces_s~a	11	4.295455	2.431096	0	6.5
tresveces~na	11	4.545455	3.118129	0	10
cuatrovece~a	11	5.804545	3.894898	0	14
unavez_día	11	8.163636	5.282239	0	18
dosveces_día	11	6.545455	4.72554	0	15
tresveces~ía	11	9.145455	13.04848	1.5	47

(Elaborado por Sofía Galarza)

Nadie se identificó con las siluetas S7-S8-S9. Por tanto, las observaciones tomadas en cuenta para el procesamiento de datos se refirieron a las personas que se autoidentificaban con una silueta desde S1-S2-S3-S4-S5-S6 y se las categorizó dependiendo de la silueta estandarizada según su índice de masa corporal (IMC) en tres categorías: subestimación, adecuado, sobreestimación. En el gráfico siguiente se resumen las personas que se auto perciben con cada silueta, mostrando las distribuciones del número acumulado de personas que se identifican en cada categoría según su IMC. Por lo tanto, 4 personas se identificaron con la silueta 1; 3 personas se identifican con la silueta 2; con la silueta 3 se identificaron 5 personas al igual que con la silueta 4; 11 personas se identificaron con la silueta 5 y 6 personas con la silueta 6.

**8.14. Suma de personas autopercebidas con las siluetas corporales (test de Stunkard)
(Tabla 7)**



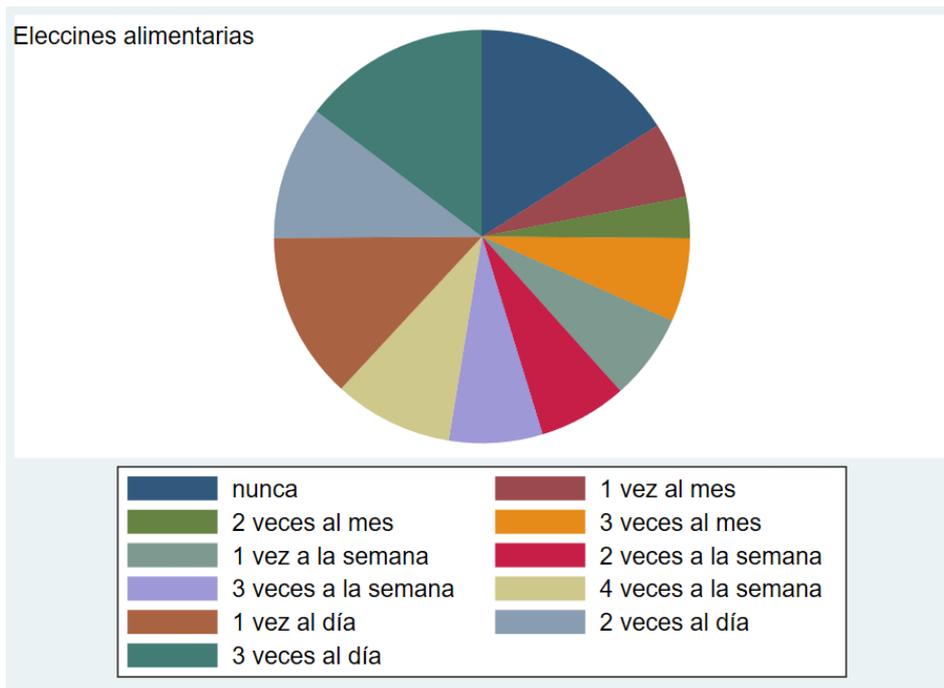
(Elaborado por Sofía Galarza)

Los siguientes gráficos muestran la suma de personas que se autoperciben con las diferentes siluetas y de estas, en qué grupo categórico de autopercepción corporal se encuentran, siendo estos: subestimación, adecuado, sobrestimación. Por tanto, 20 personas subestiman su IMC, siendo estas representadas por la barra de color azul; alrededor de 28 personas tienen una autopercepción adecuada, siendo estas la barra de color vino; y cerca de 14 personas sobrestiman su IMC, conformando la barra de color verde.

Alrededor de 6 personas se identifican con la silueta 1; 4 personas se identifican con la silueta 2; alrededor de 11 personas se identifican con la silueta 3; cerca de 16 personas se identifican con la silueta 4; un aproximado de 11 personas se identifican con la silueta 5 y por último alrededor de 8 personas se identifican con la silueta 6.

8.15. Proporción de elecciones alimenticias

El siguiente gráfico muestra la proporción de elecciones alimenticias basándose únicamente en las frecuencias más no en los grupos de alimentos.



(Tabla 8) (Elaborado por Sofía Galarza)

8.16. Resumen de los valores estadísticos relevantes

Los siguientes gráficos resumen los valores estadísticos relevantes tomados en cuenta por el programa usado para el análisis estadístico de la presente investigación.

Por tanto, la varianza y desviación estándar están relacionados con la dispersión que tienen los datos y la curtosis obtenida muestra la forma de distribución de las frecuencias.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
subestumac~n	19	.7368421	1.88096	0	7
adecuado	19	2.210526	3.690513	0	11
sobrestima~n	19	.1052632	.3153018	0	1

(Tabla 9) (Elaborado por Sofía Galarza)

Alimentos_prom				
Percentiles		Smallest		
1%	5	5		
5%	5	5.55		
10%	5.55	5.64	Obs	11
25%	5.64	5.68	Sum of Wgt.	11
50%	5.77		Mean	5.683636
		Largest	Std. Dev.	.2445925
75%	5.82	5.82		
90%	5.82	5.82	Variance	.0598255
95%	5.84	5.82	Skewness	-2.202118
99%	5.84	5.84	Kurtosis	6.784494

(Tabla 10) (Elaborado por Sofía Galarza)

8.17. Tabulación de grupo de alimentos con su frecuencia correspondiente

Grupo alimenticio	Alimentos_freq
Repostería y azúcar	5.82
Lácteos	5.64
suplementos	5.84
Proteínas	5.81
Alcohol	5.82
Grasas	5.77
Frutas y verduras	5.77
Legumbres	5.00
Agua	5.55
huevos	5.82
carbs	5.68

(Tabla 11) (Elaborado por Sofía Galarza)

8.18. Tablas cruzadas y test Chi-cuadrado

Las tablas cruzadas se construyeron a partir del número promedio de personas que tienen una elección alimenticia específica, más no la frecuencia de consumo de cada alimento.

Para poder ver la relación se usa el Test Chi cuadrado conjuntamente a la prueba V de Crámer.

Alimentos_ freq	Sub_estim					Total
	0	2	3	4	7	
5	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.55	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.64	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.68	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.77	1 50.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 50.00	2 100.00
5.81	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	1 100.00
5.82	2 66.67	0 0.00	0 0.00	1 33.33	0 0.00	3 100.00
5.84	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
Total	6 54.55	1 9.09	1 9.09	2 18.18	1 9.09	11 100.00

Pearson chi2(28) = 32.6944 Pr = 0.247
Cramér's V = 0.8620

(Tabla 12) (Elaborado por Sofía Galarza)

En la siguiente tabla podemos observar que de las 16 personas que subestiman su peso, existe un mayor rechazo por los legumbres, en donde nadie consume los mismos, al igual que el consumo de agua es mínimo. Los carbohidratos y las grasas de igual forma son alimentos que esta población no consume a menudo. Las proteínas son los alimentos más consumidos en este grupo de personas.

Alimentos_ freq	Adecuado					Total
	0	2	6	7	11	
5	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	1 100.00
5.55	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.64	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.68	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.77	1 50.00	1 50.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 100.00
5.81	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.82	2 66.67	0 0.00	1 33.33	0 0.00	0 0.00	3 100.00
5.84	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	1 100.00
Total	7 63.64	1 9.09	1 9.09	1 9.09	1 9.09	11 100.00

Pearson chi2(28) = 29.3333 Pr = 0.396

Cramér's V = 0.8165

(Tabla 13) (Elaborado por Sofía Galarza)

De las 26 personas con una autopercepción adecuada tenemos que consumen más a menudo legumbres; este grupo es el que tiene más consumo de suplementos alimenticios. Por otro lado, nadie consume alcohol y una mínima cantidad consume repostería. Sin embargo, los alimentos que más consume este grupo son grasas, frutas y verduras y huevos.

Alimentos_ freq	Sobre_estim				Total
	0	1	2	11	
5	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.55	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.64	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.68	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.77	0 0.00	0 0.00	1 50.00	1 50.00	2 100.00
5.81	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
5.82	2 66.67	1 33.33	0 0.00	0 0.00	3 100.00
5.84	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
Total	8 72.73	1 9.09	1 9.09	1 9.09	11 100.00

Pearson chi2(21) = 13.7500 Pr = 0.880
Cramér's V = 0.6455

(Tabla 14) (Elaborado por Sofía Galarza)

De las 14 personas que sobrestiman su peso, tienden a consumir más grasas. Y el resto de alimentos los consumen de manera muy casual, careciendo de una dieta equilibrada y variada.

8.19. Resumen estadístico

Al explorar la relación entre las preferencias alimentarias y la autopercepción según el índice de masa corporal (IMC) se administró una encuesta a una muestra de individuos para evaluar sus preferencias dietéticas y su autopercepción. La encuesta incluyó preguntas relacionadas con la frecuencia de consumo de diversos alimentos y bebidas, así como preguntas sobre la autopercepción del tamaño corporal para personas que acuden regularmente a un gimnasio. Las respuestas se agruparon en tres categorías: subestimación, adecuado y sobreestimación de la autopercepción.

Los resultados de la encuesta revelaron que las personas que subestimaron el tamaño de su cuerpo tenían más probabilidades de consumir huevos ante cualquier otro grupo de alimentos. Por el contrario, aquellos que tenían una autopercepción ajustada (adecuada) tenían más probabilidades de consumir proteínas animales, y aquellos que sobrestimaban su tamaño corporal tenían más probabilidades de consumir menos legumbres, pero más grasas.

Los hallazgos de este estudio sugieren que existe una fuerte relación entre las preferencias alimentarias y la autopercepción según el IMC para ciertos alimentos como proteínas animales. Tales resultados proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud, así como para los individuos, para comprender cómo las preferencias alimentarias pueden influir en la autopercepción del tamaño corporal. La relación explorada solo tenía sentido para ciertos hábitos dietéticos, como no consumir alcohol, beber mucha agua y llevar una dieta rica en proteínas.

El estudio encontró que los adultos con un IMC de 25 kg/m² o más tenían más probabilidades de sobrestimar su autopercepción, mientras que aquellos con un IMC de 24 o menos tenían más probabilidades de subestimarla. Estos resultados se consiguieron de manera observacional.

El estudio también mostró que los adultos que consumían una dieta rica en grasas tenían más probabilidades de sobrestimar su autopercepción, mientras que los que subestiman su percepción corporal tienden a no consumir carbohidratos ni legumbres.

Los alimentos procesados y azucarados congregan de forma distribuida unitariamente la autopercepción según la frecuencia de consumo en estos alimentos. Mientras que los que comían más frutas y verduras tenían más probabilidades de tener una autopercepción adecuada.

Determinados hábitos dietéticos, como evitar los alimentos y bebidas procesados y azucarados, y comer una dieta rica en fibra y proteínas, se asociaron con una autopercepción más precisa. Estos hallazgos podrían usarse para desarrollar intervenciones más efectivas para personas con obesidad u otros problemas relacionados con el peso.

8.20.Discusión

El proyecto tiene como objetivo general, determinar las elecciones alimentarias y la relación de su autopercepción corporal en personas de 19-35 años de edad que realizan regularmente ejercicio en el gimnasio Ilaló Fitness Center. De esta manera, se hizo un análisis de tipo cuantitativo y cualitativo para encontrar la tendencia del fenómeno establecido. El estudio ha logrado relacionar la teoría con el dato para encontrar coincidencia con otros autores que se asemejan para la estructuración del marco referencial y metodológico.

Es importante destacar que existen coincidencias con Barón, et al. (2017), sobre cómo la influencia de modelos estéticos y el ideal estético cultural, es decir, atlético musculoso cada vez es mucho más común tanto en hombres y mujeres, podemos observar en el estudio realizado que, sin importar el IMC actual, la mayor parte de la población considera a su silueta deseada entre la 3 y 4, que serían siluetas con un IMC normal, con menor porcentaje de grasa y mayor porcentaje de músculo. Asimismo, Loaiza, et al. (2017) ; determina que las mujeres se perciben más robustas que los hombres, lo cual se podría relacionar con el presente estudio, en donde de forma observacional podemos ver que las mujeres, a diferencia de los hombres, tienden a tener una mayor autopercepción errónea, subestimando o sobreestimando su peso.

En concordancia con Aguirre, et al. (2017); en su estudio, gran mayoría de los sujetos se identifican adecuadamente con la silueta corporal que corresponde a su IMC, al igual que en la presente investigación, en donde a pesar de haber una cantidad significativa de personas que tienen una autoconcepción errónea de su silueta, la mayoría sí elige la silueta que le corresponde. Sin embargo, en el estudio de Sánchez-Castillo, et al. (2018) se observa que de la población en cuestión, el 64,3% tiene una autopercepción corporal errónea, siendo el grupo de sexo femenino que prevalece.

En semejanza con el estudio de Mójjer, et al (2014), que destaca que las personas deportistas o que acuden a centros de fitness de una forma constante, tienen un elevado consumo de bebidas azucaradas, dulces, bollería y snacks, llega a la conclusión de que el deseo de esbeltez no se traduce de manera mecánica a la restricción, si no que se buscan otras estrategias para conseguir el mismo objetivo, entre ellas la actividad física y la omisión de comidas o grupos de alimentos, por lo que como podemos ver en el presente estudio de manera observacional que se omiten grupos de alimentos o ingieren una mínima cantidad del mismo que no es suficiente acorde a sus recomendaciones.

Al igual que en el estudio (F. De et al., 2008) , podemos observar que existe una relación significativa de los hábitos de alimentación, debido a que al tener una percepción corporal desfavorable de su imagen corporal, la mayoría de personas adoptan medidas para adquirir una imagen ideal, restringiéndose en el consumo habitual de alimentos y siendo esto un peligro para su salud.

En concordancia con el estudio de Ayala, et al (2020), que destaca que la mayoría de personas que realizan ejercicio tienden a no consumir bebidas alcohólicas a menudo se relaciona con el presente estudio donde de igual manera la mayoría de personas no bebe alcohol con frecuencia; y siendo esto una coincidencia con el estudio de Caycho-Rodriguez , et al (2019), en donde la población en cuestión eran personas que acudían al gimnasio SmartFit en CDMX, México y responden que su ingesta de alcohol es nula o casi nula.

En el estudio de Camacho, et al (2018) sobre elecciones alimenticias en personas que practican crossfit, se habla acerca del consumo de grasas y carbohidratos, siendo los carbohidratos los que se consumen con más frecuencias que las grasas; en el presente estudio también los carbohidratos son los que se consumen con más frecuencias, y la mayoría de personas responden que casi no consumen grasas. A diferencia del estudio de Díaz-Suárez, et al (2019) en el que se investiga las elecciones alimenticias de personas que acuden a Excesus Crossfit en Chile, se observa que el consumo de grasas es mayor que los carbohidratos y las proteínas.

Las limitaciones del presente estudio fueron que la muestra se realizó en un solo centro de fitness, probablemente haber realizado las encuestas en otros gimnasios, pudo haber ayudado a obtener respuestas más variadas. Además, la estructuración de las encuestas delimitó a obtener el análisis

estadístico de una manera más sencilla, siendo el manejo de la parte estadística también una limitante.

Igualmente, no haber pesado a los participantes crea un sesgo en la obtención verdadera del peso del participante.

8.21.Conclusiones

En conclusión, los hallazgos de la evidencia científica aluden que la autopercepción corporal va a ser un factor determinante al momento de las elecciones alimentarias, especialmente en personas que realizan ejercicio físico de forma constante. En la presente investigación al aplicar la encuesta de consumo de alimentos se pudo observar que este grupo poblacional tiende a no consumir de manera frecuente alimentos y bebidas azucaradas y por otro lado la proteína es el alimento que se encuentra a menudo en sus dietas. Además, se comprobó que las personas que acuden al gimnasio Ilaló Fitness Center sí tienden a subestimar y sobrestimar su imagen corporal, siendo esto la causa de sus elecciones alimenticias; los individuos que sobrestiman su IMC tienen más probabilidades de consumir menos legumbres, pero más grasas; las personas con una autopercepción adecuada tienden a consumir más frutas y verduras; y los individuos que subestiman su IMC tienden a omitir grasas y carbohidratos y priorizar las grasas.

8.22.Recomendaciones

Se recomienda para próximas investigaciones realizar un recordatorio de 24 horas para poder evaluar la ingesta calórica y de esta manera realizar una relación con la percepción corporal y las elecciones alimentarias de la población mucho más exacta.

Se recomienda que se pregunte a los encuestados el número de horas que realiza actividad física para ver si dependiendo de esto existe un aumento en la ingesta de alimentos.

Se recomienda para próximas investigaciones separar a la población que acude al gimnasio en personas que únicamente van por mejorar su estilo de vida y personas que lo quieren llevar a un tipo competitivo porque dependiendo de esto puede haber variaciones en las elecciones alimentarias.

Se recomienda para las personas interesadas en el tema de la presente investigación realizar encuestas mucho más específicas con diferenciación en la población, separando a la población que realiza actividad física y personas sedantarias para poder evidenciar en cuál grupo la percepción corporal es más exacta.

8.23. Bibliografía

- Blanco, H., Benavides, E. V., Tristán, J. L., & Mayorga-Vega, D. (N.D.). *Actividad Física Y La Imagen* .
- Booksmedicosorg. (N.D.). *Nutricion En La Diferentes Etapas De La Vida Brown 2a Edicion*.
- Camacho Miñano María José, Fernández García Emila, & Rodríguez Galiano María Isabel. (N.D.). *Imagen Corporal Y Práctica De Actividad Física En Las Chicas Adolescentes- Incidencia De La Modalidad Deportiva*.
- Carrillo Lopez Susana Rebeca. (N.D.). *"INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN DE LA SILUETA EN ADOLESCENTES*.
- Da Silva, W. R., Barra, J. V., Neves, A. N., Marôco, J., & Campos, J. A. D. B. (2021). Sociocultural Pressure: A Model Of Body Dissatisfaction For Young Women. *Cadernos De Saude Publica*, 36(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059220>
- De San Adrián, D. M., Ignacio, J., Ayensa, B., Tutor, P., Asociado, C., & Tudela, U. (N.D.). *REVISTA DE HUMANIDADES "CUADERNOS ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?*
- De, C., & Humana, N. (N.D.). *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE ENFERMERIA*.
- De, F., Humana, M., De Enfermería, E. A. P., Caballero, L. K., Asesora, H., & Durand, J. (2008). *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Relación Entre La Autopercepción De La Imagen Corporal Y Hábitos De Alimentación En Adolescentes Del 5to Año De Secundaria De La Institución Educativa Teresa Gonzáles De Fanning, 2007*.
- *DIETA MEDITERRÁNEA, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA*. (N.D.).
- Escalante Yolanda. (N.D.). *Actividad Física, Ejercicio Físico Y Condición Física En El Ámbito De La Salud Pública*.

- Espeitx, E. (2006). Práctica Deportiva, Alimentación Y Construcción Del Cuerpo. *Revista De Dialectologia Y Tradiciones Populares*, 61(2), 79–98. <https://doi.org/10.22201/Cimsur.18704115e.2006.2.244>
- *Imagen Corporal Y Obesidad Mediante Las Siluetas De Stunkard En Niños Y Adolescentes Indios De 8 A 1*. (N.D.).
- Mahan, L. K., & Raymond, J. L. (N.D.). *Krause. Dietoterapia 14.^A EDICIÓN*.
- María, A., & López, M. (N.D.). *La Imagen Corporal En La Sociedad Del Siglo XXI*.
- Mclean, S. A., & Paxton, S. J. (2019). Body Image In The Context Of Eating Disorders. In *Psychiatric Clinics Of North America* (Vol. 42, Issue 1, Pp. 145–156). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/J.Psc.2018.10.006>
- Monterrosa Castro Álvaro, Boneu Yépez Deiby John, Muñoz Méndez José Tomás, & Almanza Obredor Pedro Enrique. (N.D.). *Escalas*.
- Montoya, L. M. A., & Alcaraz, P. A. V. (2016). Preferencias Alimentarias En Los Hogares De La Ciudad De Medellín, Colombia. *Saude E Sociedade*, 25(3), 750–759. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016149242>
- OMS. (N.D.). *Alimentación Sana*.
- *Preferencias Alimentarias Y Su Asociación Con Alimentos Saludables Y No Saludables En Niños Preescol*. (N.D.).
- Revista Gestión. (N.D.). *El Ecuatoriano Transita Entre La Desnutrición Y El Sobrepeso | Gestión*.
- Rodríguez-Camacho, D. F., & Alvis-Gomez, K. M. (2015). Overview Of The Body Image And Its Implications In Sport. *Revista Facultad De Medicina*, 63(2), 279–287. <https://doi.org/10.15446/Revfacmed.V63n2.49387>
- Salaberria, K. ;, Rodríguez, S. ;, & Cruz, S. (2007). *Percepción De La Imagen Corporal (Perception Of Corporal Image)*. 8, 171–183.
- Torres Carlos Andrés. (N.D.). Final Tesis Final. *RELACIÓN ENTRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LAS PREFERENCIAS ALIMENTARIAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL RESTAURANTE BLACK SHEEP PIZZA UBICADO EN LA CIUDAD DE MINNEAPOLIS DEL ESTADO MINNESOTA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA*.
- Torres Rogelio, A., Ortiz Coeditora, L., Zenaida Alzaga, Ipnmx, Avendaño, A., Castañeda, R., García, L., Guzmán, F., Soto Claudia Villalobos Reporteros Gabriela Díaz, E., Aguilar, J., González Enrique Lair Fotografía, J., Cruz, V. E., González, J., Reza Esthela Romo, M., Reyes Sandoval Director General Juan Manuel Cantú

Vázquez, A., Javier Reyestrújillo Secretario Académico Laura Arreola Mendoza, L.,
Monterrubio López, R., Tapia Santoyo Secretario De Administración Eleazar Lara
Padilla, J., & Cárdenas García, M. (N.D.). *Ipn.Mx @Ipn_Oficial @IPN_MX
SELECCIÓN GACETA POLITÉCNICA DIRECTORIO Instituto Politécnico
Nacional. Wwww.Ipn.Mxwww.Ipn.Mx/Imageninstitucional/*

- Vaquero Raquel, Alacid Fernando, Muyor José María, & López Miñarro Pedro
Ángel. (N.D.). *Imagen Corporal: Revisión Bibliográfica.*