



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

**“ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ASPECTOS ALIMENTARIOS EN RELACIÓN  
CON LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE LA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA”**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
Licenciado en Enfermería

**Presenta:**

Miriam Susana Silva Resendiz

**Dirigido por:**

M.E.S. Lizbeth Paulina Padrón Aké

Asesor:

M.C.E. Gabriela Palomé Vega

**SINODALES**

M.E.S. Lizbeth Paulina Padrón Aké Presidente

Firma

M.C.E. Gabriela Palomé Vega  
Secretario

Firma

Dra. Alicia Álvarez Aguirre  
Vocal

Firma

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres  
Suplente

Firma

Dra. Beatriz Garza González  
Suplente

Firma

Nombre y Firma  
Director de la Facultad  
Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Septiembre, 2013. México

## RESUMEN

El autocuidado está relacionado con todas aquellas actividades que la persona realiza para sí misma con el fin de tener una mejor calidad de vida (Tobón C, 2003. p. 1). La percepción de la imagen corporal representa un factor de importancia para las acciones vinculadas con el consumo de alimentos (Enfermeros del consorcio sanitario de Tenerife, 2004, p. 161). Los estudiantes universitarios como parte del equipo de salud se encuentran en contacto con elementos relacionados con los aspectos alimenticios, percepción de la imagen corporal y acciones de autocuidado.

**Objetivo:** Determinar la diferencia entre las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes y la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. **Material y métodos:** estudio transeccional, exploratorio; muestreo aleatorio estratificado por género; muestra de 101 alumnos. Se utilizó pictograma de Stunkard y Stellard y un instrumento tipo Likert de 42 ítems; validación a través de prueba piloto; la confiabilidad obtenida fue de 0.794. Se utilizó SPSS v18, para obtener estadísticas descriptivas y la Prueba de Chi<sup>2</sup>. Se consideraron los aspectos éticos para el desarrollo de esta investigación.

**Resultados:** los resultados de las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes ubican al 78% con un nivel deficiente y el 22% en bueno. La Chi<sup>2</sup> fue de .744 con un valor de p-.863. **Conclusión.** Las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes no difieren de la percepción de la imagen corporal. Se recomienda en estudios posteriores: aumentar la población y controlar factores como: régimen de alimentación, enfermedades endócrinas, reacciones secundarias a medicamentos, costumbres familiares y factores hereditarios, porque la percepción de la imagen corporal por sí sola, no explica del todo las acciones de autocuidado que un sujeto realiza.

Palabras clave: Acciones de autocuidado, percepción e imagen corporal

## DEDICATORIA

A mis padres por darme la vida y permitir ser la gran persona que ahora soy, por cada consejo brindado siempre en beneficio de mi persona, por brindar su apoyo incondicional en cada instante, en los momentos buenos, en los malos y en esas grandes dificultades que llegamos a pasar, pero que al final fueron una prueba para demostrarme que con amor se pueden superar.

Gracias por confiar en todas mis ideas y proyectos por mas descabellados que fueran, porque gracias a esa confianza que me dieron, generaron en mi la libertad para descubrir de lo que puedo ser capaz y que no hay limitantes para continuar hacia arriba y adelante en esta gran escalera al éxito. Debo acentuar que son mi gran admiración y aunque no sean profesionistas, son un gran ejemplo de vida para ser una persona que trabaja duro por sus sueños sin olvidar esa humildad en el corazón.

Gracias nuevamente por darme la oportunidad de tener una buena educación, una gran oportunidad que me ofrecieron y que gracias a ese sacrificio hoy soy toda una orgullosa Licenciada en Enfermería.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la MEC. Gabriela Palomé Vega por todo su apoyo incondicional y por confiar en mis capacidades.

A la maestra Lizbeth Paulina Padrón Aké por su ardua dedicación para dirigir de manera exitosa esta tesis.

A la maestra Ligia María Rosado Alcocer por su gran apoyo cuando me encontraba en una situación crítica y por ser mi estadística.

A la Dra. Ruth por sus consejos y por ser un ejemplo de una excelente investigadora.

A la Universidad Autónoma de Querétaro por ser mi segunda casa y darme las herramientas educativas y económicas necesarias para ser un profesionista de calidad.

A los estudiantes de Enfermería que participaron para el logro de este estudio

A mi familia que siempre me brindó apoyo moral y económico en todo momento para llegar a ser toda una gran profesionista.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>I</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>III</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>VI</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	4
1.2 Justificación.....	5
1.3 Objetivos .....	6
1.3.1 Objetivo general.....	6
1.3.2 Objetivo específicos.....	7
1.4 Hipótesis.....	7
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Alimentación.....	8
2.2 Sobrepeso y obesidad .....	11
2.3 Desnutrición .....	13
2.4 Imagen corporal.....	14
2.5 Autocuidado .....	17
2.6 Estudiante universitario .....	22
<b>III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>24</b>
3.1 Tipo y diseño metodológico .....	24
3.2 Universo y muestra .....	24
3.3 Material y Métodos.....	25
3.4 Plan de análisis.....	27
3.5 Ética de estudio.....	27
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>39</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>50</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
4.1	Coincidencia y divergencia de la percepción real respecto al IMC cuantificado.	32
4.2	Coincidencia y divergencia de la percepción ideal respecto al IMC cuantificado.	33
4.3	Proporción de personas con Deficientes Acciones de Autocuidado por Semestre.	36
4.4	Proporción de personas con Deficientes Acciones de Autocuidado de acuerdo al IMC y Género.	37
4.5	Coincidencia o divergencia de las acciones de autocuidado de acuerdo a la percepción real e ideal.	38
4.6	Prueba de Chi-cuadrado	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
1.1	Clasificación del IMC	13
4.1	Distribución porcentual de acuerdo al IMC de los estudiantes	30
4.2	Distribución proporcional del estado nutricional por género	30
4.3	Distribución porcentual de acuerdo a la percepción de la imagen corporal real e ideal	31
4.4	Interpretación de las Acciones de Autocuidado	34
4.5	Acciones de Autocuidado	35
4.6	Acciones de Autocuidado en relación con la imagen corporal.	35
4.7	Acciones de Autocuidado en relación con la imagen ideal.	36

## I. INTRODUCCIÓN

La alimentación humana se define como todo un conjunto de actuaciones que se dan de forma voluntaria, de manera consciente por la persona, en las cuales se proporcionan alimentos al organismo, al mismo tiempo que es educable con respecto a la alimentación, por otra parte, una vez ingerido el alimento, las acciones de este son involuntarias y de carácter inconsciente (Martínez y Villezca, 2003)

Se sabe que con respecto a la situación alimentaria existe una gran polaridad de situaciones, por un lado se encuentra la obesidad y por el otro la desnutrición (Jiménez, Rodríguez & Jiménez, 2010), situaciones ubicadas dentro del término malnutrición, es decir, la acción de nutrirse de manera inadecuada; estos contextos contribuyen a la carga mundial de morbilidad. La desnutrición afecta cerca de 870 millones de personas, es decir, una octava parte de la población mundial, y constituye una tercera parte de las defunciones infantiles en todo el mundo (FAO, 2012; OMS).

A nivel mundial existe 1.500 millones de personas con sobrepeso, entre ellos se encuentran 200 millones de hombres adultos y cerca de 300 millones de mujeres de 20 y más años; por lo tanto más de una de cada 10 personas en la población adulta mundial son obesas, y en el otro extremo se encuentra a 963 millones de personas afectadas con la desnutrición o con peso insuficiente (OMS, 2012; FAO, 2012).

Cada año a nivel mundial mueren mínimo 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso; aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la prevalencia de obesidad también está presente en los países de ingresos bajos. El 65% de la población mundial vive donde el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la insuficiencia ponderal, la cual consiste en estar debajo del peso considerado como saludable, además, el sobrepeso y la obesidad afectan a los grupos sociales más desfavorecidos lo que contribuye a aumentar las desigualdades en salud (Ballesteros, 2007; OMS, 2012). El 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23%



de cardiopatía isquémica y el 7.41% de determinados cánceres son atribuidos al sobrepeso y obesidad (OMS, 2012)

Se calcula que en Latinoamérica, la desnutrición afecta a la sexta parte de la población total, en consecuencia las estadísticas registradas en el 2007 señalaron a un total de 51 millones de personas afectadas por este tipo de malnutrición (Jiménez, Rodríguez & Jiménez, 2010, p. 30; FAO, 2012); no obstante según la Organización Panamericana de la Salud (2012), mencionada por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile (2012), señala que existen un total de 53 millones de obesos.

En México la prevalencia actual en cuestiones de desnutrición crónica es de 12.5%, de la cual se observa una disminución desde 1988 al 2006, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). En relación al sobrepeso y la obesidad, México se encuentra, según la Organización Panamericana de la Salud (2012), en el primer lugar tanto en niños como en adultos.

Querétaro actualmente cuenta con un total de 1, 827, 937 habitantes (INEGI, 2010), y según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), se registró una población de 325 mil adolescentes, de los cuales el 32.5% tienen sobrepeso, por otra parte la prevalencia de sobrepeso más obesidad fue de 62.8% en los adultos mayores de 20 años (60.6% para mujeres y 66% para hombres).

Cabe destacar como datos importantes encontrados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por entidad federativa (2006), en Querétaro una quinta parte de los niños y niñas en edad escolar, así como un tercio de los adolescentes, y seis de cada 10 adultos mayores de 20 años presentan sobrepeso y obesidad dentro de los cuales el 70% de este último grupo de población presenta obesidad androide.

Los estudiantes universitarios como parte del equipo de salud se encuentran en contacto con elementos relacionados con los aspectos alimenticios, percepción de la imagen corporal y acciones de autocuidado, razón por la cual surge el interés de realizar esta investigación. La Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma

de Querétaro cuenta con 1211 estudiantes en todos sus campus, que se ubican en un rango de edades de 18 hasta los 30 años, la mayoría se concentra entre los 18 a los 22 años.

El autocuidado se relaciona con todas aquellas actividades que la persona realiza para sí misma con el fin de tener una mejor calidad de vida, de ahí que las modificaciones que se tienen de la imagen corporal, propician modificaciones de los hábitos alimentarios, generando un problema debido a que este último forma parte del mismo (Tobón, 2003). En el modelo teórico de Orem, establece los requisitos de autocuidado como expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que los individuos requieren y cada tipo representa una categoría de acciones deliberadas a realizar por y para los individuos debido a sus necesidades funcionales y de desarrollo como seres humanos.

Los requisitos de autocuidado universal son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a la edad, estado de desarrollo, factores ambientales y otros; se asocian a los procesos vitales, el mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humano y el bienestar general; uno de los requisitos es el aporte de alimentos (Orem, 1999).

Estudios relacionados con la temática, uno de ellos efectuado con atletas del género femenino (Oliveira citado por Silva, 2008), identificó una leve distorsión de la imagen corporal, con valores de grasa corporal dentro de los patrones esperados para edad y sexo, en consecuencia se observó la existencia del deseo de cambiar la percepción de dicha imagen; por otra parte estudios relacionados con la alteración de la imagen corporal señalan que se relacionan de manera causal con las modificaciones alimentarias (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Baile, Guillen y Garrido, 2002; citados en Lameiras, 2002); objeto de esta investigación, otro estudio en cuanto a la imagen corporal, en el cual se utilizó el pictograma de Stunkard, revelan que en todos los participantes del estudio, se registró una reducción en la silueta identificada en el pictograma ya mencionado (Silva, 2008,).

Este estudio consiste en identificar las acciones de autocuidado, con respecto al aporte de alimentos suficiente de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería del campus C.U de acuerdo a la percepción de su imagen corporal. Por lo anterior el siguiente estudio buscó determinar la diferencia entre las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes y la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería

### **1.1 Planteamiento del problema**

La causa fundamental de la problemática de salud a nivel mundial: sobrepeso y la obesidad, es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, derivadas de la mala alimentación y falta del gasto energético obtenido de manera excesiva, si bien México, como ya fue mencionado, es el principal protagonista debido a que se encuentra en el primer lugar, tanto en edad infantil como en población adulta (OPS, 2012), la OMS (2012) menciona que estos problemas constituyen el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo, causantes de la carga mundial de diabetes, de cardiopatías isquémicas y de algunos cánceres.

La percepción de la imagen corporal representa un factor de gran importancia para la toma acciones vinculadas con el consumo de alimentos; cuando la persona sufre un trastorno de la percepción de la imagen corporal, no se encuentra satisfecho con su propio cuerpo, en consecuencia desea cambiarlo (Enfermeros del consorcio sanitario de Tenerife, 2004), por lo tanto, el aporte de alimentos suficientes que establece el sujeto como parte del autocuidado está integrado por todas aquellas medidas que son adoptadas por uno mismo, es decir en otras palabras mirarse a uno mismo por su salud (Tobón, 2003).

El aporte de alimentos suficientes se encuentra en los requisitos universales del autocuidado, ubicados en la teoría de Dorotea Orem (2003); los estudiantes de enfermería como personal de salud en formación tienen la responsabilidad de fomentar el autocuidado en las personas, a través de la educación, para que las

personas puedan optar por prácticas favorables a la salud, acciones que deben realizar de manera correcta en sí mismos, para transmitir de manera exitosa las acciones de autocuidado (Tobón, 2003).

Estudios realizados en otros países, respecto al aporte de alimentos suficientes indican la existencia de jóvenes que a pesar de tener el conocimiento de que deberían perder peso no tienen el interés de realizar alguna dieta (Ramos, Rivera y Moreno, 2010); por lo anterior no realizan acciones de autocuidado con respecto a la alimentación. Existe entre las mujeres una conducta marcada de cambio en el aporte de alimentos, además en comparación con los hombres, tienden a percibir una imagen física menos positiva, por lo tanto las féminas están preocupadas por la ganancia de peso lo que posibilita la realización de una modificación al aporte de alimentos (Hausenblas y Fallon, 2002; Ramos, Rivera y Moreno, 2010), en contraste con los varones, que tienden a ver su cuerpo con respecto a fuerza, velocidad o coordinación mientras que las mujeres en general ven su cuerpo desde una perspectiva estética (Franzoi, 1995).

Se encontró que la problemática de este estudio fue identificar las acciones de autocuidado, con respecto al aporte de alimentos suficiente de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, por lo anterior surge la siguiente interrogante ¿Existe diferencia entre las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes y la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería?

## **1.2 Justificación**

En años pasados la obesidad se consideraba como un problema exclusivo de los países desarrollados, pero en la actualidad esta afección es también prevalente en los países de ingresos bajos y medianos, en otras palabras subdesarrollados (OMS, 2012).

De acuerdo con lo anterior se observa que de manera inmediata a la problemática de la obesidad, estudios estiman que la cifra superará los 1500 millones de personas con obesidad en 2015; habrá un aumento en las muertes por esta

patología así como un incremento en las incidencias de patologías como consecuencia de esta afección; además de la preocupación existente en términos de salud pública, prevenir la obesidad también es importante para evitar una futura escalada de los costes en los servicios sanitarios (OMS, 2012).

Por lo tanto se considera necesario tomar medidas integrales de prevención y control del exceso de grasa corporal en diferentes eventualidades (Casillas, Montañó, Reyes, Bacardí y Jimenez, 2006).

Los estudiantes de enfermería son parte del equipo de salud que asiste a la población y ayuda en la búsqueda del autocuidado, tienen el compromiso y el deber profesional de elaborar acciones saludables dirigidas a la población y entre ellas está la promoción y prevención de la salud, en donde se encuentra involucrada la alimentación saludable. Por lo anterior es necesario ejercer primero autocuidado en sí mismo, porque el desempeño de la función educativa requiere de acciones congruentes.

De esta manera se considera necesario realizar este estudio para contar con un diagnóstico de la situación que prevalece respecto a las acciones de autocuidado en aspectos alimenticios en relación con la percepción de la imagen corporal que poseen los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. Dicha información sirve de base para proponer un programa de intervención que establezca acciones de promoción y prevención que beneficien la calidad de vida en relación con la alimentación en la población, acciones que además son factibles de implementar en la Clínica ENSAIN de la Facultad.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general.**

Determinar la diferencia entre las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes y la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería

### **1.3.2 Objetivo específicos.**

En los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería:

- Describir las características sociodemográficas (edad, género-sexo, semestre) y somatométricas (Peso, talla, IMC).
- Identificar la percepción de la imagen corporal.
- Identificar las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes de acuerdo al estado nutricional

### **1.4 Hipótesis**

Las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes difieren de la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Facultad de Enfermería de Querétaro

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 Alimentación

La alimentación es el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (Instituto Nacional de Salud Pública; 2012).

Los hábitos alimentarios son el conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, p. 1).

La Alimentación correcta consiste en tener hábitos alimentarios que de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades (NOM 043, 2012, p.22, 30-32).

Los criterios generales de la alimentación correcta establecidos de acuerdo a la NOM-043-SSA2-2012 son:

Los alimentos se agrupan en tres grupos:

- Verduras y frutas
- Cereales
- Leguminosas y alimentos de origen animal

Al interior de cada grupo se identifican los alimentos y sus productos de acuerdo al Plato del Bien Comer.

Los aspectos que establece que se deben promover son los siguientes:

- El consumo de verduras y frutas regionales y de la estación, en lo posible crudas y con cáscara, ya que incorporarlas a la alimentación diaria ayuda a reducir la densidad energética de la dieta, y además son fuente de carotenos, de vitaminas A y C, de ácido fólico y de fibra dietética y dan color y textura a los platillos, así como otras vitaminas y nutrimentos inorgánicos.
- El consumo de cereales, de preferencia de grano entero y sus derivados integrales sin azúcar adicionada y tubérculos. Se destacará su aporte de fibra dietética y energía.
- El consumo de la amplia variedad de frijoles y la diversificación con otras leguminosas: lentejas, habas, garbanzos y arvejas, por su contenido de fibra y proteínas.
- El consumo de pescado, aves como pavo y pollo sin piel y carne magra, asadas, horneadas, cocidas, así como leche semidescremada o descremada por su menor contenido de grasa saturada.
- La moderación en el consumo de alimentos de origen animal por su alto contenido de colesterol y grasa saturada, excepto pescado, aves como pavo y pollo sin piel, carne magra, y leche semidescremada o descremada.
- Informar sobre las ventajas y la importancia de la combinación y variación de los alimentos.
- Incluir en cada tiempo de comida alimentos de los tres grupos, enfatizar en las combinaciones de alimentos para que se produzca un efecto sinérgico entre sus nutrimentos, aumenten su rendimiento o su biodisponibilidad.
- Destacar la importancia de combinar cereales con leguminosas para mejorar la calidad de las proteínas y el índice glucémico.
- Recomendar la combinación de alimentos fuente de vitamina C con alimentos que contengan hierro.
- Insistir en la importancia de variar la alimentación e intercambiar los alimentos dentro de cada grupo para diversificar la dieta.
- Insistir en la importancia de la moderación en la alimentación considerando la frecuencia en el consumo y el tamaño de las porciones.



- Promover el consumo de agua simple potable como fuente principal de hidratación.
- Promover la higiene al preparar, servir y comer los alimentos, enfatizar la observancia de las prácticas de higiene en la preparación de los alimentos; prácticas de higiene para el proceso de preparación de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios; lavar y desinfectar verduras y frutas, utilizar agua para consumo humano, los riesgos de la presencia de animales en los sitios de preparación de alimentos, la higiene personal, la limpieza de utensilios y el almacenamiento de los alimentos.
- Señalar la forma mediante la cual se optimice el beneficio costo, derivado de la selección, preparación y conservación de alimentos.
- Identificar y revalorar los alimentos autóctonos y regionales y recomendar la utilización de técnicas culinarias locales que no tengan un efecto negativo en la salud.
- Promover el consumo de alimentos preparados con hierbas y especias de la cocina tradicional de cada región.
- Promover y orientar, sobre la consulta y el entendimiento de las etiquetas de los alimentos procesados para conocer sus ingredientes, información nutrimental, modo de uso, forma de conservación, así como fecha de caducidad o consumo preferente.
- Promover la utilización de técnicas culinarias en la elaboración de los platillos, con el propósito de conservar tanto los nutrimentos y sus características sensoriales (sabor, color, aroma y textura) así como reducir los desperdicios.
- Señalar la forma más adecuada de conservar la inocuidad de los alimentos para la utilización de los sobrantes en la preparación de nuevos platillos.
- Señalar que las deficiencias y los excesos en la alimentación predisponen al desarrollo de desnutrición, caries, anemia, deficiencias de nutrimentos, obesidad, aterosclerosis, diabetes mellitus, cáncer, osteoporosis e hipertensión arterial, entre otros padecimientos.
- Señalar los factores de riesgo, en particular los relacionados con la dieta y los asociados en la génesis de las enfermedades crónicas degenerativas.

- Indicar los factores de riesgo así como los signos y síntomas asociados con la desnutrición.
- Orientar a las personas para moderar el consumo de productos con edulcorantes calóricos, así como de alimentos de sabor agrio, sobre todo entre comidas, para prevenir la caries.
- Informar acerca de la importancia de moderar la ingestión de alimentos con alto contenido de azúcares refinados, colesterol, ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sodio y recomendar la utilización preferente de aceites vegetales.
- Promover el consumo de verduras, frutas y leguminosas como fuente de fibra dietética y nutrimentos antioxidantes, así como de cereales integrales y sus derivados como fuente de fibra dietética.
- Promover el consumo de alimentos que sean fuentes de calcio, como tortilla de maíz nixtamalizado, leche y derivados lácteos, charales y sardinas, quelites y verduras de hoja verde.
- Recomendar formas de preparación de alimentos para moderar el uso de sal, promoviendo el uso de hierbas y especias, así como la técnica correcta para desalar los alimentos con alto contenido de sodio.
- Informar la conveniencia de moderar el consumo de alimentos ahumados, que contengan nitritos o nitratos (embutidos), y de alimentos directamente preparados al carbón o leña (NOM 043, 2012, p.22, 30-32).

## **2.2 Sobrepeso y obesidad**

El sobrepeso y la obesidad son definidos por la OMS (2012), como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, la diferencia de estos conceptos se encuentra de acuerdo a la puntuación del IMC obtenida, por un lado en el sobrepeso el IMC es igual o superior a 25 y la obesidad igual o superior a 30 (OMS, 2012).

El origen de la obesidad es atribuida a tres principales factores: genéticos, ambientales y psicológicos; la primera se debe a mutaciones en genes únicos y

algunos síndromes mendelianos, afecta alrededor del 5% de la proporción de la obesidad, se encuentra establecido que en diversas mutaciones en varios genes que codifican proteínas implicadas en la regulación del apetito, son responsables de alteraciones patológicas mendelianas cuyo fenotipo más obvio es la obesidad (Gil H, Aguilera y Gil C, 2007, p. 165); los factores ambientales responsables del aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos 20 años se relacionan con el aumento del aporte energético y la disminución de la actividad física diaria, así como al frecuente estilo de vida sedentaria (Hernández, 2004).

Uno de los criterios que se utiliza para clasificar la obesidad se relaciona con la distribución del exceso de grasa, la cual define:

1. Obesidad central o visceral (androide), que se caracteriza por presentar una acumulación de grasa en el tronco y abdomen.
2. Obesidad periférica (ginoide), en la que la grasa se acumula en la región gluteofemoral, y es el tipo más frecuente en las mujeres.
3. Obesidad de tipo mixto o generalizada, en la que no existe una distribución predominante. (Gil A, 2010, p. 423)

#### *De acuerdo al IMC*

Actualmente el IMC es utilizado como parámetro para identificar la obesidad en todos los estudios clínicos, con este método se establece la clasificación de la obesidad en el mundo entero (Moreno, Morenero y Álvarez, 2000); es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos puesto que es la misma para ambos sexos y adultos de todas las edades; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). (Figura 1.1).

**Figura 1.1 Clasificación del IMC**

Clasificación del IMC	
<b>Insuficiencia ponderal</b>	<b>&lt; 18.5</b>
<b>Intervalo normal</b>	<b>18.5 – 24.9</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>≥ 25.0</b>
<b>Preobesidad</b>	<b>25.0 – 29.9</b>
<b>Obesidad</b>	<b>≥ 30</b>
<b>Obesidad de clase I</b>	<b>30.0 – 34.9</b>
<b>Obesidad de clase II</b>	<b>35.0 – 39.9</b>
<b>Obesidad de clase III</b>	<b>≥ 40.0</b>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2012). *10 datos sobre la obesidad*.

Entre las repercusiones que tiene la obesidad se encuentra el hecho de provocar una gran cantidad de alteraciones metabólicas, entre ellas la resistencia a la insulina, la hipertensión, la hiperglucemia, hipertrigliceridemia, una reducción en los niveles de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL), además de un aumento extraordinario en la morbilidad relacionada con patologías cardiovasculares, litiasis biliar y colecistitis así como disfunción respiratoria y ciertas formas de cáncer (Hu, 2008; Moreno, Monero y Álvarez, 2000).

Como opciones de tratamiento para abatir al sobrepeso y obesidad existen distintas acciones no farmacológicas, una de ellas es la Dietoterapia, que supone modificaciones dietéticas, actividad física e intervención conductual y psicológica; otra es la actividad física que proporciona beneficios al aumentar el gasto de energía, reserva la composición corporal, ayuda a mantener el gasto metabólico y evita que se produzcan ganancias y pérdidas sucesivas de peso por el abandono de la dieta (Socarrás, 2002).

### **2.3 Desnutrición**

Se define como desnutrición al estado en el que existe un balance insuficiente de uno o más nutrientes y que manifieste un cuadro clínico característico (NOM 043, 2012, p. 22)

Por lo tanto es una condición patológica inespecífica, sistémica y reversible en potencia que resulta de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células el organismo, y en diferentes grados de intensidad (Márquez G, García, Caltenco, García, Márquez y Villa, 2012).

Entre las causas de la presencia de desnutrición, el 90% refiere la sub-alimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos, alimentaciones pobres y la utilización de técnicas deficientes relacionadas con la alimentación (Gómez, 2003).

La clasificación de la desnutrición se determina por los siguientes porcentajes:

- De primer grado: pérdida de peso que no mayor del 25% del peso que el paciente debería tener, para su edad.
- De segundo grado: cuando hay una pérdida de peso entre el 25 y el 40%.
- De tercer grado: pérdida de peso del organismo más allá del 40% (Gómez, 2003,p. 576,577,580).

Las repercusiones de la desnutrición están relacionadas en la vida adulta con el uso y tolerancia de la glucosa, la resistencia a la insulina, hipertensión y daño vascular (Parra, 2003).

El tratamiento consiste en completar las necesidades energéticas del paciente con una dieta apropiada de acuerdo a su edad y antecedentes, en caso de desnutrición de tercer grado, aunado a lo anterior se busca que el sistema digestivo restablezca su capacidad funcional para digerir, si se encuentre totalmente perdida (Gómez, 2003).

## **2.4 Imagen corporal**

El cuerpo humano, es un cuerpo que tiene significados, que es visto como un conjunto de elementos dinámicos en los que se entrelazan los procesos fisiológicos con símbolos y es indistinguible ante los fines no analíticos, de acuerdo a

esta perspectiva la imagen corporal es considerada como la ordenación específica de un sujeto que da las evidencias sobre el sí mismo (Aguado, 2004).

La imagen como vocablo, hace referencia en primer lugar a las enseñanzas adquiridas con la práctica cuyo registro fundamental es visual, sin embargo, cuando se hace referencia a la imagen corporal ésta compromete al conglomerado de los registros preceptuales, es un conjunto de elementos relacionados e interdependientes de manera tridimensional, que permite la conciencia de sí mismo e incorpora los aspectos físicos, estructurales y fisiológicos en relación con el movimiento; es una estructura que integra las sensaciones, las emociones y la percepción (Aguado, 2004).

La imagen corporal es la apreciación o valoración íntima que una persona realiza de sí misma y que se denota en la percepción del cuerpo y en la actitud que manifiesta hacia él (Recasens, 2007).

El término imagen corporal se utiliza tradicionalmente para caracterizar el cuerpo, así como para describir las actitudes que toma el sujeto, las emociones que se relacionan y las reacciones que toma una persona ante su propio cuerpo de acuerdo a los aspectos antes mencionados. (Marquez y Garatachea, 2009).

Por lo tanto, se entiende que la imagen corporal es una representación mental del propio cuerpo, en la cual se distinguen componentes como la percepción de la forma y dimensiones corporales, que puede coincidir con la realidad o estar distorsionada (Enfermeros del consorcio sanitario de Tenerife, 2004).

Hay varias definiciones de la imagen corporal, visto de tal manera como una auto-percepción de la imagen corporal, la cual está integrada por tres componentes: perceptual, afectivo y cognitivo (Luevorasirikul, 2007, p. 19).

La parte perceptual se refiere a la exactitud de las percepciones relativa a la apariencia de uno; la afectiva comprende todos los sentimientos integrados de la apariencia de uno mismo y en la parte cognitiva se refiere a todos los pensamientos y creencias en relación a la apariencia (Luevorasirikul, 2007, p. 19).

La percepción humana es una actividad de naturaleza cognitiva que integra la realidad que aparece en el nivel sensorial en una unidad conceptual, de esta manera ayuda a actuar en relación con el ambiente. (Carbó, 1999, p. 57).

Los componentes de la percepción son tres:

*El proceso sensorial:*

Consiste en poner en contacto la estructura sensorial del ser humano con el entorno, constituye la fase inicial del proceso sensorial, los estímulos no aparecen de manera organizada sino que se presentan como una proyección masiva de estímulos: movimiento, formas, colores, temperaturas, relieves, etc.; así a un determinado estímulo sensorial no es un hecho nítidamente pasivo sino que las personas actúan buscándolo o rechazándolo.

*El proceso simbólico:*

El proceso sensorial masivo se estructura y se organiza a partir de la incorporación del proceso conceptual del lenguaje, de esta manera se puede afirmar que si se presentase un objeto (estímulo) que no se ha visto nunca ni fuese similar o no tuviese ninguna semejanza con otro objeto que estuviese incorporado al sistema conceptual no se encontrarían palabras, al menos no se podría nombrar; en cambio, si tuviese la semejanza tanto en forma como en cuanto a propiedades se tendría ya un primer nivel de acceso a la conceptualización por asociación, el lenguaje constituye un buen ejemplo.

*El proceso afectivo o emocional:*

La percepción no es un simple acto mecánico, sino que en él está implicada toda la persona, por lo tanto, en todo acto sensorial perceptivo hay una experiencia emocional que determina un grado de placer/desagrado, también la motivación y las actitudes tienen un papel destacado en este proceso (Carbó, 1999, p. 58).

Los pensamientos y las emociones asociados al propio cuerpo, es decir, la opinión que se tiene sobre la percepción de nuestro cuerpo y como y cuál es el sentimiento

al respecto éste, asociado a los pensamientos y las emociones, constituye una alteración de la imagen corporal (Enfermeros del consorcio sanitario de Tenerife. 2004).

La persona que no está de acuerdo con su imagen corporal, producto de los pensamientos que se encuentran relacionados con la percepción y los sentimientos con respecto al cuerpo, recurre a una serie de comportamientos ante el deseo de cambiarlo, los cuales pueden ser problemáticos (Enfermeros del consorcio sanitario de Tenerife, 2004).

Cuando una persona tiene la percepción de estar fuera de los rangos establecidos como peso normal, es decir que el sujeto se considera, de acuerdo a dicha percepción, dentro de las pautas establecidas para ser clasificado como obeso, cuando no es así en realidad, implica un problema cognitivo ante las presiones que lo rodean, entre ellas las sociales y culturales; lo que podría convertirse en un factor decisivo, para el desarrollo de un trastorno alimentario, (Ramos, Rivera y Moreno, 2010).

Percibirse a uno mismo como obeso, cuando no se es así, puede implicar un problema cognitivo que podría ser explicado a través de algún tipo de aprendizaje impuesto por las presiones sociales y culturales; y lo que los autores sugieren, además, es que es precisamente esta autopercepción corporal lo que podría convertirse en un factor decisivo para el desarrollo de un trastorno alimentario (Ramos, Rivera y Moreno, 2010).

## **2.5 Autocuidado**

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de la vida, salud o bienestar (Orem, 1999).



Se ve afectada por el autoconcepto y el nivel de madurez del individuo, por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura, el conocimiento de la salud que posee la persona y la situación en la constelación familiar.

Por lo anterior se puede decir que el autocuidado, también son todas las series de prácticas cotidianas y las decisiones tomadas sobre ellas, que se realizan para cuidar la salud y tiene que ver con aquellos cuidados proporcionados para tener una mejor calidad de vida, dando respuesta a la capacidad de supervivencia.

El autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las prácticas para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales; las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acción: la agencia o la capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento (Orem, 1999, p. 131).

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones, por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

El autocuidado implica:

- Responsabilidad individual y una filosofía de vida con relación en las experiencias en la vida cotidiana.
- Se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.

- Es de carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber (Tobón, 2003, p. 4).

Continuando con Orem (1999, p. 141), los requisitos de autocuidado las acciones calificadas tienen ciertos objetivos a cumplirse los cuales pueden dividirse en tres categorías.

#### 1. Requisitos universales del auto-cuidado.

Son comunes, a todos los seres humanos incluyen el mantenimiento del agua, la comida, la eliminación, la actividad y el descanso, la interacción solitaria y social, la prevención de accidentes y el fomento del funcionamiento humano e incluyen:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre la soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar.
- Ser normal con las normas del grupo.

#### 2. Requisitos de autocuidado para el desarrollo.

Favorecen el proceso de vida y maduración (Orem, 1999, p. 146,147), e impiden las condiciones perjudiciales para la maduración, o mitigan sus efectos y se relacionan con la etapa de vida que cursa el individuo e incluyen:

- El embarazo
- La lactancia
- La infancia
- La adolescencia
- La edad adulta
- la menopausia y la andropausia
- El envejecimiento
- La muerte

### 3. Requisitos del autocuidado en el caso de desviación de la salud:

De acuerdo a Orem (1999) la enfermedad y las lesiones no solo afectan a estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino también al funcionamiento humano íntegro, cuando un cambio en la salud produce una dependencia total o casi total de otros debido a la necesidad de mantener la vida o el bienestar, la persona, pasa de la posición de agente de autocuidado a la de paciente o receptor de cuidados. La evidencia de una desviación de la salud conduce a la necesidad de determinar que se debe de hacer para restituir la normalidad, si las personas con desviaciones de la salud pueden ser competentes en el manejo de un sistema de auto-cuidados, también pueden ser capaces de aplicar a sus propios cuidados los conocimientos médicos pertinentes, en cuanto a:

- Enfermedades bajo diagnóstico y tratamiento médico.
- Dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud.
- Las condiciones que limitan la movilidad física.
- Medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos.

- La sintomatología de enfermedad, la enfermedad en sí que hace el no poder funcionar normalmente.

Entre los tres requisitos del autocuidado de Orem (1999. P. 136): los universales, de desarrollo y de desviación de la salud, llama la atención la asunción que hace referencia a que los seres humanos por naturaleza tienen necesidades comunes para el aporte de materiales (agua, aire, alimentos) y pone en manifiesto la necesidad de la ingesta de alimentos como parte del autocuidado de la personas.

Por ello los tres requisitos de autocuidado, el tipo universal es el que será usado para fines de este estudio ya que son comunes para todos los seres humanos durante las etapas del ciclo vital, de acuerdo a la edad, estado de desarrollo, factores ambientales y otros, el cual está asociado a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos y al bienestar general, este requisito cubre de forma efectiva los procesos vitales y mantiene las estructuras y funcionamiento humano dentro de los límites normales.

Este estudio se enfocará el mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente ubicado dentro del requisito de autocuidado universal, representando la clase de acción humana que produce las condiciones internas y externas que forma parte para mantener la estructura y funcionamiento humano.

Las acciones que incluyen en este requisito, para el mantenimiento del aporte suficiente del aire, agua y alimentos establece ingerirlos en la cantidad requerida para el funcionamiento normal, ajustándolos según los factores internos y externos que puedan afectar los requerimiento o en condiciones de escasez, ajustar el consumo para obtener el más ventajoso retorno al funcionamiento integrado, así como disfrutar las placenteras experiencias de respirar, beber y comer sin abusos.

La capacidad reflexiva individual de ofrecer autocuidado se conoce como agencia de autocuidado, dicha agencia está integrada por ocho proposiciones los cuales son:

- La agencia de autocuidado es una característica humana compleja y adquirida.

- La agencia de autocuidado es el poder de un individuo para comprometerse en las operaciones esenciales de autocuidado.
- El ejercicio por parte de un individuo, del poder llamado agencia de acciones direccionadas hacia condiciones de la realidad del entorno, a fin de regularlas, o este ejercicio resulta en un diseño o un plan para dicho sistema de acción.
- La agencia de autocuidado puede ser caracterizada en términos de habilidades y limitaciones de un individuo para comprometerse en el autocuidado.
- Las condiciones y factores en el entorno de un individuo afectan el desarrollo y el ejercicio a la agencia de autocuidado.
- Las personas están sujetas a necesidades secuenciales para el ejercicio de la agencia de autocuidado.
- La agencia de autocuidado es una capacidad estimativa y productiva para el autocuidado (Orem, 1999, p. 167)

## **2.6 Estudiante universitario**

La Universidad es un organismo público descentralizado del Estado, dotado de autonomía, personalidad jurídica y patrimonio propio, con la facultad de impartir, con validez oficial, Educación Técnica, media superior, superior de licenciatura, especialización, maestría y doctorado y cursos de actualización, en sus modalidades escolares y extraescolar, procurando que la formación de profesionales corresponda a las necesidades de la sociedad.

Los estudiantes que forman parte de la universidad tienen el compromiso de cumplir con las demandas requeridas por la institución, desafortunadamente estas demandas influyen en la alimentación del estudiante.

Durante el periodo universitario los estudiantes asumen por primera vez la responsabilidad de su comida, por lo tanto constituye un periodo de educación crítico

para el desarrollo de hábitos dietéticos que tienen mucha importancia en la futura salud.

El nivel de conocimientos relacionados en nutrición y alimentación son determinantes para el desarrollo de los hábitos relacionados con el consumo alimentario, por lo tanto, cuando mayor sea la información en nutrición, mejor serán sus hábitos alimentarios.

La población universitaria es un grupo vulnerable desde el punto de vista nutricional, porque los hábitos dietéticos de los adolescentes y adultos jóvenes son afectados por el mercado de la comida rápida, alimentos con contenido elevado de grasas y bajo en fibra dietética que trae como consecuencia, el sobrepeso y la obesidad lo que se observa cada vez más entre los jóvenes (Durán, 2012, p. 740).

Un estudio con universitarios demostró que los estudiantes tienen una mala percepción de la alimentación ya que tienden a elegir alimentos ricos en carbohidratos y lípidos (Espinoza, Rodríguez, Gálvez & MacMillan, 2011, p. 463).

Otro estudio realizado en estudiantes de dietética y nutrición señaló que más de la mitad de los alumnos estudiados (52.8%) de acuerdo al IMC presentaron una mala alimentación tanto por deficiencia como por exceso (Gallardo & Buen, 2011, P. 10).

Otro estudio realizado a estudiantes universitarios, incluyendo de dietética identificó que hay un consumo moderado de frutas y verduras y un alta ingesta de bebidas carbonatadas, harinas y alimentos fritos, por lo tanto refleja una alimentación no adecuada. (Durán, 2012, p. 745).

Por lo anterior surge el interés de analizar a los estudiantes universitarios para determinar las acciones de autocuidado en aspectos alimenticios y determinar si éstas se relacionan con la percepción de la imagen corporal.

### III. METODOLOGÍA

En este capítulo se describe el tipo y diseño metodológico, el universo y la muestra que constituye el estudio, el material y métodos utilizados, el plan de análisis así como la ética de estudio.

#### 3.1 Tipo y diseño metodológico

La presente investigación se clasificó como un estudio cuantitativo de diseño transeccional exploratorio, porque indaga si existe diferencia entre la frecuencia de las acciones de autocuidado de acuerdo a la percepción de la imagen corporal en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) y la recolecta de datos se realizó en un solo momento, en un tiempo único (Hernández S, 2010).

#### 3.2 Universo y muestra

El universo fue constituido por estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, campus central, la muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio estratificado por género, para calcular la muestra se utilizó el programa Epidat versión 3.1 de acuerdo a los siguientes criterios:

Universo: 1211

Tamaño de la población(N): 495

Muestra (n):101

Precisión (Error máximo aceptable): 5%

Nivel de confianza: 95%

##### *Criterios de inclusión:*

- Que se encuentren inscritos en la Licenciatura en Enfermería, en alguno de los semestres establecidos; cinco en 1º, 11 en 2º, seis en 3º, 15 en 4º, siete en 5º, 16 en 6º, siete en 7º, 14 en 8º y 20 en 10º.

- Que acepten participar voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento informado (Ver Anexo 2).

*Criterios de exclusión:*

- Alumnos que no firmen el consentimiento informado
- Alumnos que encuentran realizando movilidad académica
- Alumnas que se encuentran embarazadas

*Criterios de eliminación*

- Alumnos que se nieguen contestar la entrevista y/o pictograma
- Alumnos que decidan voluntariamente retirarse del estudio
- Alumnos que no contesten el 100% de la entrevista y/o pictograma

### **3.3 Material y Métodos**

Para obtener una muestra representativa se realizó un muestreo aleatorio estratificado por semestre y género, constituyendo un total de 101 estudiantes.

#### **3.3.1 Instrumento.**

Debido que al realizar una revisión de instrumentos relacionados con autocuidado no se encontró alguno que aborde específicamente acciones relacionadas con el requisito de aporte de alimentos suficientes, se determinó que la medición se realizará desde la perspectiva de los hábitos alimentarios, por lo que se establecen tres dimensiones: la selección, preparación y consumo de alimentos. Para la construcción del instrumento se consideraron los lineamientos de la NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud, Promoción y educación para la salud en materia alimentaria; el instrumento se conformó por 42 ítems, 18 orientados a la frecuencia del consumo de alimentos, 16 a la preparación y 8 a la selección, las cuales tienen una escala con cinco opciones de respuesta que incluyen la frecuencia de la acción desde diario hasta nunca; para su diseño se recibió asesoría de expertos en el área de nutrición.

Se realizó la prueba piloto con una muestra de 30 estudiantes para determinar la confiabilidad y validez del instrumento y de acuerdo a los resultados se efectuó el análisis discriminante que reportó colinealidad entre los reactivos con un  $r = 0.97$ , por



lo que se procedió a revisar cada uno de los reactivos con el fin de identificar aquellos que se encitraron repetidos, los cuales se eliminaron para realizar un nuevo análisis.

El instrumento fue modificado y se le agregaron tres reactivos relacionados con: el consumo de leche entera, comida chatarra o fritangas, para determinar la consistencia interna de todo el instrumento se aplicó la prueba Alfa de Cronbach con un 95% confianza, se obtuvo un resultado de 0.794; para contar con el apoyo de otro estadístico de prueba se aplicó con un 95% de confianza la prueba de Split-half la cual divide los reactivos en mitades (nones y pares) para realizar el análisis de correlaciones, los resultados obtenidos para la primera mitad fue de una correlación de 0.673 y para la segunda de 0.781.

Previo a la aplicación del instrumento se procedió a la obtención de la autorización de los participantes mediante el consentimiento informado, posteriormente se realizaron las siguientes acciones:

1° Cuantificar el peso y la talla de los participantes para obtener el IMC y determinar el estado nutricional (Ver Anexo 3).

Para cuantificar el peso se aseguró la calibración y buen funcionamiento de la báscula, se les pidió a los participantes subir la báscula sin zapatos, con ropa ligera, sin accesorios y de espalda; la cuantificación del peso se tomó por la mañana, no fue en ayuno debido a que muchos estudiantes trabajan en el turno nocturno.

La talla se cuantificó mediante el estadiómetro integrado en la báscula, se aseguró su adecuada medición, se les pidió a los participantes estar de pie, erguidos y de espaldas para su correcta medición.

El IMC se calculó dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), lo que permitió establecer el estado nutricional de las personas de acuerdo a la clasificación de la OMS.

2° Aplicar el pictograma de Stunkard y Stellard a los participantes (Ver Anexo 4).

La percepción de la imagen corporal se determinó a través del pictograma de Stunkard y Stellard, cuyas respuestas tenían dos opciones, la primera correspondió a la imagen real, que actualmente posee el estudiante y la segunda corresponde la imagen que él desearía tener.

3° Determinar si existe la coincidencia entre la imagen real (IMC) y la imagen ideal de acuerdo a la ubicación en el pictograma.

4° Determinar las acciones de autocuidado relacionadas con el aporte de alimentos suficientes de cada participante mediante un instrumento de medición (Ver Anexo 5).

Para determinar las acciones de autocuidado se realizó la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en el instrumento, el rango fue de 69 puntos, la calificación máxima fue de 163 y la mínima de 94, los resultados se clasificaron considerando un nivel deficiente cuando obtuvo una puntuación igual o menor del 69% y bueno cuando fue mayor o igual al 70%.

### **3.4 Plan de análisis**

Los datos recolectados se procesaron en el programa SPSS v18, se obtuvieron las estadísticas descriptivas para las variables sociodemográficas, somatométricas, de la percepción de la imagen corporal real e ideal, las acciones de autocuidado y para probar la hipótesis se realizó la prueba Chi Cuadrada con un 95% de confiabilidad.

### **3.5 Ética de estudio**

Este proyecto de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México (1987), observa lo relativo al Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; Artículo 13, que señala que en toda investigación realizada en humanos deberá prevalecer el respeto y la protección a su dignidad y de sus derechos y bienestar.

El Artículo 17, apartado I, donde especifica que la investigación sin riesgo es aquella en la que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada en las variables de los individuos que participan en el estudio.

El Artículo 16 donde se garantiza la privacidad y anonimato del participante.

El Artículo 14 apartado V; donde establece que el sujeto de investigación contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto y apartado VII de dicho artículo donde especifica que la recopilación de datos se realice cuando se cuente con el dictamen de la comisión de investigación de la dependencia, en este caso la Facultad de Enfermería de la UAQ.

El Artículo 17, donde considera con riesgo mínimo la investigación, porque se utilizará las opiniones de las personas respecto a un tema específico.

El Artículo 20, al solicitar por escrito el consentimiento informado, en el que se explica la justificación y los objetivos de la investigación, en qué consistirá la participación de los sujetos y la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna y el Artículo 21, ya que para que el consentimiento informado se considere existente se informa de manera clara y completa la justificación y los propósitos de dicha investigación de tal forma que los participantes puedan comprenderla ampliamente.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

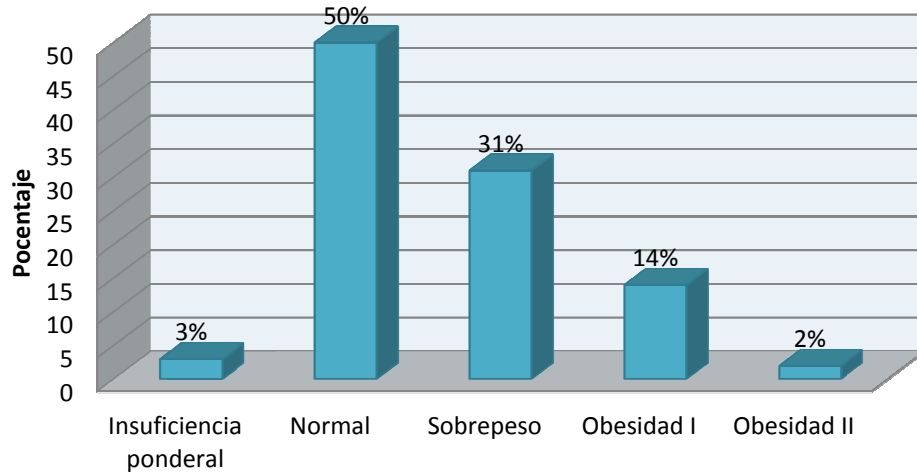
A continuación se presentan los resultados de la investigación realizada, los cuales obedecen a cada uno de los objetivos descritos, en primer término las características sociodemográficas, posteriormente las características somatométricas, a continuación la percepción del perfil y las acciones de autocuidado respecto al aporte suficiente de alimentos, para finalizar con las acciones de autocuidado respecto a la percepción de la imagen corporal.

La muestra fue de 101 estudiantes de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Respecto a la edad, la media fue de  $22 \pm 2$ , una mínima de 18 y máxima de 25 años; el 17% (17) correspondió al género masculino y el 83% (84) al femenino; en cuanto al peso la media fue de 65 kilogramos  $\pm 15$ , el mínimo de 39 y el máximo de 103; con relación en la talla la media fue de 1.60 metros  $\pm 0.073$ , la mínima de 1.45 y la máxima de 1.80; al IMC le correspondió una media de  $25.23 \pm 4$ ; el mínimo fue de 15.62 y el máximo 39.66.

De acuerdo a los puntos de corte establecidos por la OMS el 50% (51) de los participantes se encontraron en el intervalo normal; 31% (31) en sobrepeso; 14% (14) en obesidad I y 2% (2) en obesidad tipo II, por lo que el 47%, es decir, cerca de la mitad de los participantes se encuentran por arriba del estado normal y un 3%(3) se encontró con insuficiencia ponderal, aspecto importante porque los estudiantes son profesionales del área de la salud y en la medida de lo posible deberían de mantener el peso en límites normales (Figura 4.1).

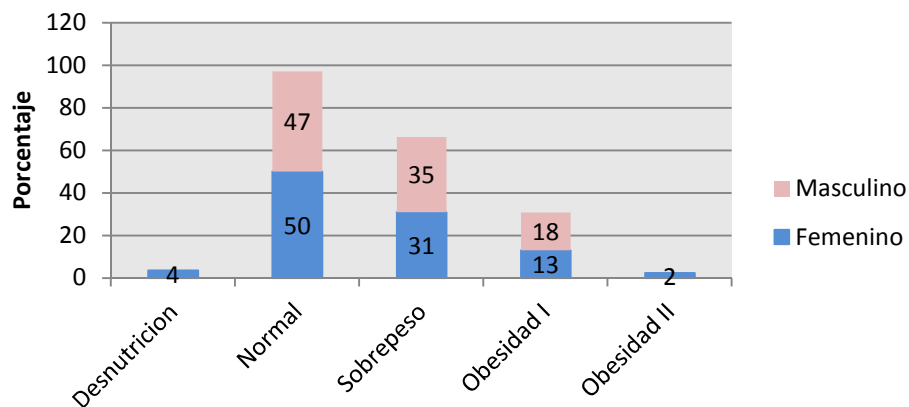
Figura 4.1 Distribución porcentual de acuerdo al IMC de los estudiantes



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo al género el 50% (42) de las mujeres contra el 47% (8) de los hombres se encuentran en estado normal, el sobrepeso se presentó en el 31% (26) de las mujeres contra el 35% (6) de los varones; la obesidad grado I en el 13% (11) de las mujeres contra el 18% (3) de los hombres; respecto a la obesidad grado II y la insuficiencia ponderal sólo se encontró en las mujeres con un 2% (2) y 4% (3) respectivamente (Figura 4.2).

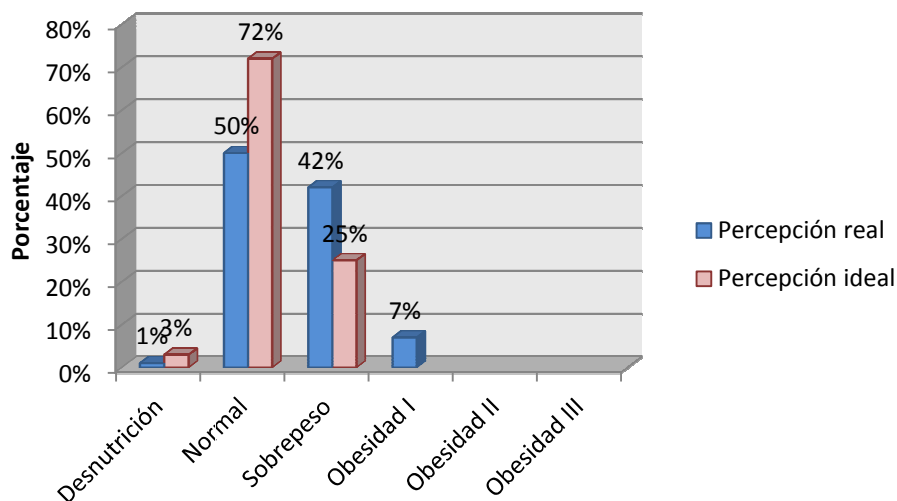
Figura 4.2 Distribución proporcional del estado nutricional por género.



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la imagen real, el 1% (1) se percibe con insuficiencia ponderal y un 3% (3) quisieran estar en ese estado; el 50% (51) se identifican en estado nutricional normal pero un 72% (72) quisieran verse en esa condición; el 42% (42) se perciben con sobrepeso, pero el 25% (25) desearían verse con sobrepeso; solo un 7% (7) se identifica con obesidad I y ninguno se idealiza en esa condición (Figura 4.3).

Figura 4.3 Distribución porcentual de acuerdo a la percepción de la imagen corporal real e ideal.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la percepción actual de la imagen corporal real del estudiante y su coincidencia o no con el IMC cuantificado por el investigador, se observa que tres presentan insuficiencia ponderal ninguno se percibe como tal, ya que se consideran con estado nutricional normal en su totalidad; de los 50 que se encuentran con estado nutricional normal solo 39 se identifican con este parámetro, uno se percibe con insuficiencia ponderal y 10 con sobrepeso; de los 32 que se encontraron en sobrepeso solo 25 coinciden y 7 se perciben con peso normal; de los 14 con obesidad grado I siete se reconocen en ese estado, de los siete restantes uno se considera normal y seis con sobrepeso; finalmente de los dos que presentan obesidad grado II ninguno se percibe en ese estado ya que se consideran con sobrepeso, por lo que el 71% (71) coincide la percepción real con el IMC cuantificado, los que no coinciden generalmente se perciben con un IMC menor al que presentan (Cuadro 4.1).

*Cuadro 4.1 Coincidencia y divergencia de la percepción real respecto al IMC cuantificado.*

<b>Estado nutricional</b>	<b>IMC cuantificado</b>	<b>Percepción <u>REAL</u> coincidente</b>	<b>Percepción <u>REAL</u> No coincidente</b>	<b>Estado nutricional en el que se percibe</b>
<b>Insuficiencia ponderal</b>	3% (3)	0	3	(3) Normal
<b>Normal</b>	50% (50)	39	11	(1) Insuficiencia ponderal (10) Sobrepeso
<b>Sobrepeso</b>	31% (32)	25	7	(7) Normal
<b>Obesidad I</b>	14% (14)	7	7	(1) Normal (6) Sobrepeso
<b>Obesidad II</b>	2% (2)	0	2	(2) Sobrepeso
<b>TOTAL</b>	<b>100%(101)</b>	<b>71% (71)</b>	<b>29% (30)</b>	

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la coincidencia y divergencia de la percepción ideal respecto al IMC cuantificado de los estudiantes, de los tres con insuficiencia ponderal, uno desearía continuar como está y dos desearían estar en estado nutricional normal; de los 50 que se ubican en parámetro normal 41 desearían continuar en ese estado, uno desearía contar con insuficiencia ponderal y ocho con sobrepeso; de los 32 que se encuentran con sobrepeso, solo nueve coinciden con esa percepción y los 23 restantes desearían estar en estado normal; de los 14 en obesidad grado I, uno desearía estar con insuficiencia ponderal, seis en estado normal y siete con sobrepeso; para concluir de los 2 con obesidad grado II, uno desearía estar en estado normal y el otro con sobrepeso (Cuadro 4.2).

*Cuadro 4.2 Coincidencia y divergencia de la percepción ideal respecto al IMC cuantificado.*

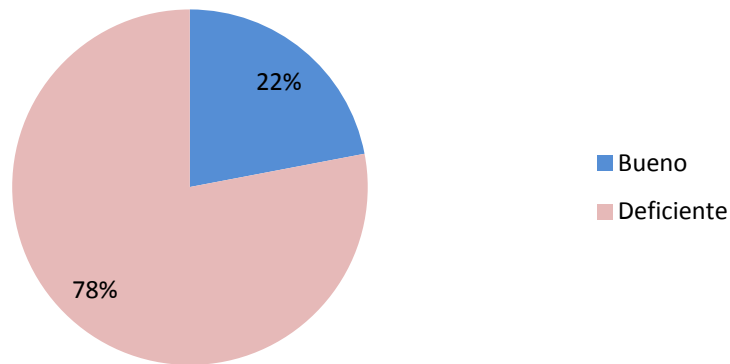
<b>Estado nutricional</b>	<b>IMC cuantificado</b>	<b>Percepción <u>IDEAL</u> coincidente</b>	<b>Percepción <u>IDEAL</u> No coincidente</b>	<b>Estado nutricional en el que se percibe</b>
<b>Insuficiencia ponderal</b>	3%(3)	1	2	(2) Normal
<b>Normal</b>	50%(50)	41	9	(1) Insuficiencia ponderal (8) Sobrepeso
<b>Sobrepeso</b>	31%(32)	9	23	(23) Normal
<b>Obesidad I</b>	14%(14)	0	14	(1) Insuficiencia ponderal (6) Normal (7) Sobrepeso
<b>Obesidad II</b>	2%(2)	0	2	(1) Normal (1) Sobrepeso
<b>TOTAL</b>	<b>100%(101)</b>	<b>51% (50)</b>	<b>49% (50)</b>	

Fuente: Elaboración propia.



Las acciones de autocuidado de acuerdo a los resultados obtenidos indicaron que el 78% (79) se ubicó con un nivel deficiente y el 22% (22) en bueno (Figura 4.4).

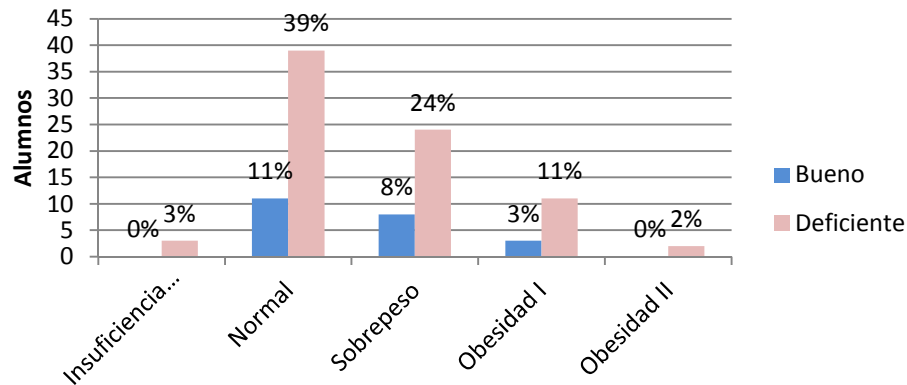
*Figura 4.4 Interpretación de las Acciones de Autocuidado.*



Fuente: Elaboración propia.

De los 22 (22%) estudiantes que se ubicaron con un buen nivel de acciones de autocuidado 11 (11%) se encuentran en un estado nutricional normal, ocho (8%) con sobrepeso y tres (3%) con obesidad grado I, aspecto que llama la atención y que abre la posibilidad a situaciones que podrían estar presentes como el inicio de un nuevo régimen alimenticio, la genética de la persona o la presencia de algún trastorno metabólico, situaciones que no fueron consideradas en este estudio (Figura 4.5).

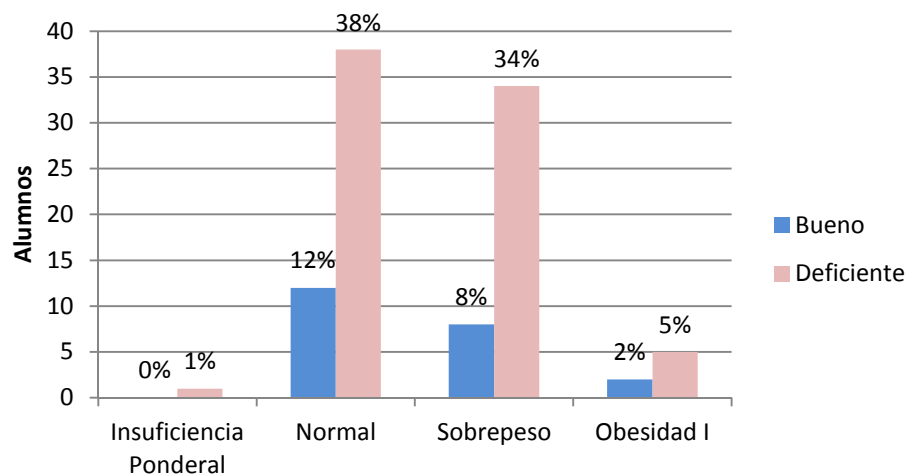
Figura 4.5 Acciones de Autocuidado



Fuente: Elaboración propia.

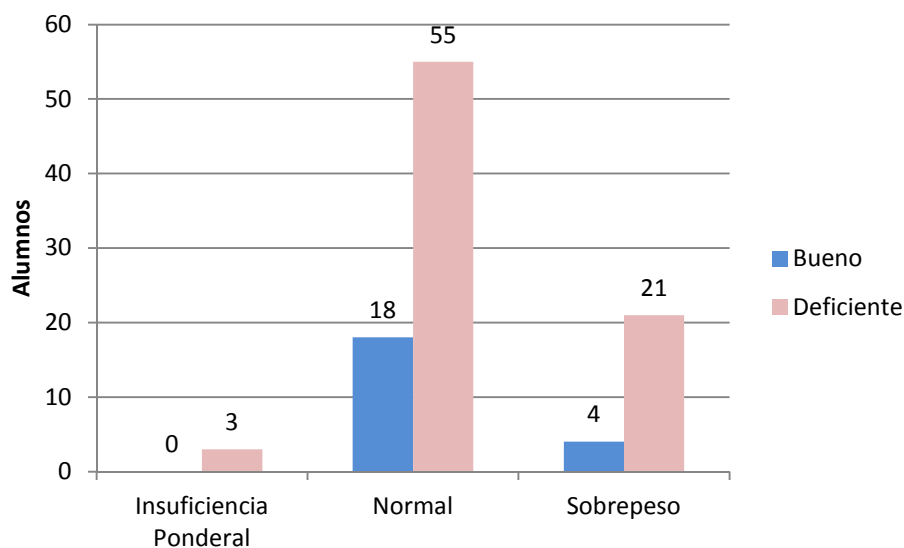
Las acciones de autocuidado en relación a la imagen real el único que tiene insuficiencia ponderal posee deficientes acciones de autocuidado; los que poseen una imagen normal, uno de cada diez tienen un buen nivel de autocuidado y 3 de cada diez es deficiente; los ubicados con sobrepeso, ocho poseen un buen nivel y 3 de cada diez es deficiente; finalmente los que se encuentran en obesidad grado I, dos tienen buen nivel y cinco deficiente (Figura 4.6).

Figura 4.6. Acciones de Autocuidado en relación con la imagen real



Fuente: Elaboración propia.

Figura 4.7. Acciones de Autocuidado en relación con la imagen ideal



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo al semestre la proporción de aquellos que realizan deficientes acciones de autocuidado se ubican entre 0.60 en el primer semestre y 1.0 en el séptimo, se observa que solo el primer y tercer semestre se encuentran por debajo del 0.70, situación que se esperaría fuera diferente porque en el transcurso de su formación profesional en el 1er. y 2º semestres cursan la asignatura relacionada con alimentación y por lo tanto realizar mejores acciones de autocuidado (Cuadro 4.3).

Cuadro 4.3. Proporción de personas con Deficientes Acciones de Autocuidado por semestre

Acciones de Autocuidado	Semestre									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Buenas	2	3	2	2	2	3	0	2	6	
Deficientes	3	8	4	13	5	13	7	12	14	
Total	5	11	6	15	7	16	7	14	20	
Proporción de personas con Deficientes Acciones de Autocuidado por semestre	0.60	0.73	0.67	0.87	0.71	0.81	1.0	0.85	0.70	

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la clasificación de las acciones de autocuidado y el IMC obtenido por género de los tres estudiantes que tienen insuficiencia ponderal, ninguno se ubica con buenas acciones de autocuidado; de los ubicados en estado normal, el 0.76 de las mujeres y el 0.87 de los hombres tienen deficientes acciones de autocuidado; los que se encuentran con sobrepeso, 0.73 de las mujeres y el 0.83 de los varones se encuentran con deficientes acciones de autocuidado; de los que poseen obesidad grado I, el 0.72 de las mujeres y el 1.0 de los varones poseen deficientes acciones de autocuidado y las dos mujeres con obesidad grado II tienen un nivel deficiente, por lo tanto los que poseen mayor proporción de deficientes acciones de autocuidado son los del género masculino en comparación con el género femenino, excepto en Obesidad II donde los único dos casos son del género femenino (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.4. *Proporción de personas con Deficientes Acciones de Autocuidado de acuerdo al IMC y Género*

Acciones de Autocuidado	IMC									
	Insuficiencia Ponderal		Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II	
	F*	M**	F	M	F	M	F	M	F	M
<b>Género</b>										
<b>Buenas</b>	0	0	10	1	7	1	3	0	0	0
<b>Deficientes</b>	0	3	32	7	19	5	8	3	2	0
Proporción de personas con Deficientes Acciones de Autocuidado por semestre	0	<b>1.0</b>	0.76	<b>0.87</b>	0.73	<b>0.83</b>	0.72	<b>1.0</b>	1.0	0.0
<b>Total de acuerdo al género</b>	0	3	42	8	26	6	11	3	2	0

Fuente: Elaboración propia.

\*F: femenino

\*\*M: masculino

De acuerdo a la percepción real, las acciones de autocuidado de la persona con insuficiencia ponderal y en condición normal difieren en una proporción 1.0 y 0.76 respectivamente; con sobrepeso y obesos en una proporción de 0.80 y 0.71 coinciden con las acciones de autocuidado. Respecto a la percepción ideal los tres con insuficiencia ponderal coinciden las acciones que realizan; con peso normal, 0.75 divergen en las acciones de autocuidado y 0.84 con sobrepeso las acciones de autocuidado coinciden, esta situación posibilita la existencia de otros factores que influyen en dichos resultados y que no se estudiaron como: algún régimen especial de alimentación, reacciones secundarias a medicamentos que retienen líquidos, costumbres familiares de alimentación, enfermedades endocrinas bajo tratamiento, factores hereditarios, los cuales se consideran pertinentes incluir en una siguiente investigación (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. *Coincidencia o divergencia de las acciones de autocuidado de acuerdo a la percepción real e ideal*

Estado nutricional	Percepción Real		Percepción Ideal	
	Coincidencia *f (p)	Divergencia *f (p)	Coincidencia *f (p)	Divergencia *f (p)
Insuficiencia ponderal	0 (0.0)	<b>1 (1.0)</b>	<b>3 (1.0)</b>	0
Normal	12 (0.23)	<b>39 (0.76)</b>	18 (0.24)	<b>55 (0.75)</b>
Sobrepeso	<b>34 (0.80)</b>	8 (0.19)	<b>21 (0.84)</b>	4 (0.16)
Obesidad I	<b>5 (0.71)</b>	2 (0.28)	0 (0.0)	<b>0 (0.0)</b>
TOTAL	51	<b>50</b>	42	<b>59</b>

Fuente: Elaboración propia.\*f= frecuencia (p)= proporción

Para comprobar la hipótesis planteada acerca de que las acciones de autocuidado en aspectos alimentarios en relación con la percepción de la imagen corporal, se realizó la prueba Chi Cuadrada con un 95% de confianza; para realizar dicha prueba, se utilizó la clasificación de las acciones de autocuidado de aporte de alimentos suficientes (bueno y deficiente) y la percepción de la imagen corporal real (insuficiencia ponderal, peso normal, sobrepeso y obesidad). El resultado obtenido

del estadístico de prueba fue de .744 con un  $p$ -valor de .863 con 3 grados de libertad por lo que se concluye que las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes no difieren de la percepción de la imagen corporal (Cuadro 4.6).

Cuadro 4.6. *Prueba de Chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.744	3	.863
Razón de verosimilitudes	.949	3	.814
Asociación lineal por lineal	.000	1	.994
N de casos válidos	101		

Fuente: Elaboración propia.

A partir de este apartado inicia la discusión de este estudio.

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud (Tobón, 2003, p. 3).

los resultados de las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes en los estudiantes ubican al 78% (79) con un nivel deficiente y el 22% (22) en bueno, lo que coincide con los resultados de un estudio con universitarios que reporto que los estudiantes tienen una mala percepción de la alimentación ya que tienden a elegir alimentos ricos en carbohidratos y lípidos (Espinoza, Rodríguez, Gálvez & MacMillan, 2011, p. 463) y con otro estudio realizado en estudiantes de dietética y nutrición donde más de la mitad de los alumnos

estudiados (52.8%) de acuerdo al IMC presentaron una mala alimentación tanto por deficiencia como por exceso (Gallardo & Buen, 2011, P . 10).

Otro estudio realizado a estudiantes universitarios, incluyendo de dietética demostró que hay un consumo moderado de frutas y verduras y un alta ingesta de bebidas carbonatadas, harinas y alimentos fritos, por lo tanto refleja una alimentación no adecuada. (Durán, 2012, p. 745).

Respecto a las acciones de autocuidado, cuando se consideró el semestre que cursa, solo los que se encuentran en el 1ero Y 3ero evidenció buenas acciones en una proporción de 0.71 a 1.0 respectivamente, situación que se considera importante porque en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro en el plan de licenciatura en enfermería ENF04 se impartió la materia de alimentación en el segundo semestre y en el plan de estudios 2011, la materia de nutrición se imparte en el primer semestre, lo que supondría que los estudiantes cuentan con herramientas para realizar mejores acciones de autocuidado.

El 53% de la población masculina se encuentra con sobrepeso u obesidad en tanto que estas condiciones se presentan en el 44% de las mujeres, dado que la muestra fue elegida a través de un muestreo estratificada por género y en contraste con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006, p. 168), en el estado de Querétaro, donde el 62.8% en los adultos mayores de 20 años (60.6% para mujeres y 66% para hombres), presentaron sobrepeso más obesidad los resultados obtenidos difieren en cuanto al porcentaje, sin embargo se encuentran en promedio por arriba del 48%. Es importante señalar que proporcionalmente los hombres tienen más prevalencia en obesidad que las mujeres, 0.52 contra 0.45.

Por otra parte es importante identificar cuáles son las razones por la cual como estudiantes del área de la salud y con conocimientos fisiopatológicos relacionados con los problemas de mala alimentación que les permiten realizar una valoración posean una percepción diferente de su imagen como es el caso de los participantes con obesidad que se consideran dentro del rango normal, situación que deja en duda la capacidad para evaluar las propias condiciones de salud; aspecto

perceptivo que hace referencia a la relación de congruencia existente entre lo que subjetivamente se percibe y las medidas objetivas que se realizan, de este modo las alteraciones de la imagen corporal distorsionan la percepción del tamaño del cuerpo, de la silueta o solo una parte específica del mismo y por lo general existe una tendencia a sobreestimar las dimensiones del cuerpo (Márquez y Garatachea, 2009, p. 96); este problema cognitivo podría ser explicado a través de algún tipo de aprendizaje impuesto por las presiones sociales y culturales, el cual es un factor decisivo para la presencia de trastornos alimenticios (Ramos, Rivera y Moreno, 2010, p. 77).

En el 71% de la población existe una coincidencia entre la percepción real y el IMC, en cuanto a la percepción ideal la coincidencia fue de un 51%, situación que llama la atención ya que los estudiantes como personal del área de la salud, se esperaría que las divergencias sean menores y no tan contrastantes; 29% para la percepción real y 49% para la ideal, tales como el caso de siete personas con obesidad I que se perciben con peso normal (1) y sobrepeso (6); dos en obesidad II que solo se consideran en sobrepeso, tres personas con insuficiencia ponderal que se consideran en estado normal; en cuanto a la imagen ideal, ocho personas que se encuentran con peso normal se idealizan con sobrepeso, 23 con sobrepeso se idealizan con peso normal, uno con obesidad se idealiza con insuficiencia ponderal, seis en estado normal y siete con sobrepeso y una persona en obesidad II se idealiza con sobrepeso.

Por último no hay que olvidar que la oferta alimentaria fuera de casa es limitada y por lo tanto el estudiante no tiene opción para elegir, además, de la amplia disponibilidad de alimentos de alto contenido en grasa y elevado valor calórico, a un precio accesible (Durán, 2012, p. 745).

## **VI. CONCLUSIONES**

El IMC es un importante indicador de salud para determinar el estado nutricional de una persona, en el estudio se obtuvo una media de  $25.23 \pm 4$ , cifra que de acuerdo a la clasificación del IMC de la OMS (2012), se ubica como Preobesidad



ya que es superior a 25, esta cifra evidencia la necesidad de reforzar las acciones de autocuidado relacionadas con el aporte de alimentos suficientes, en virtud del riesgo relacionado con la probabilidad de continuar aumentando el IMC con el consecuente riesgo de padecer enfermedades cardio-metabólicas, además de las funciones educativas que dirigen a la población se requiere de acciones congruentes entre lo que se enseña y lo que se predica con el ejemplo.

De acuerdo al género la mayor proporción de deficientes acciones de autocuidado se presenta en el género masculino en comparación con el género femenino, excepto en Obesidad II donde los único dos casos son del género femenino, siendo este último el grupo que prevalece con problemas de obesidad en el país (FAO, 2013, p. 180).

En los resultados sobresalen ocho estudiantes con sobrepeso y tres con obesidad grado I que tienen acciones de autocuidado buena, lo que llama la atención y que abre la posibilidad a situaciones que podrían estar presentes como el inicio de un nuevo régimen alimenticio, la genética de la persona o la presencia de algún trastorno metabólico, situaciones que no fueron contempladas en el estudio.

Se observaron divergencias que contrastan respecto a la percepción real y la ideal, aspecto que requiere atención porque se esperaría que la situación sea diferente ya que los estudiantes como personal del área de la salud poseen elementos que les permiten identificar con claridad la condición en que se encuentran.

Por lo anterior se concluye en este estudio que las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes no difieren de la percepción de la imagen corporal.

## RECOMENDACIONES

Existen deficiencias en las acciones de autocuidado acerca del aporte de alimentos suficientes en los estudiantes de la facultad, una divergencia entre el IMC, la percepción de la imagen real y las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes, por lo cual se sugiere implementar contenidos en el plan curricular que refuercen las acciones de autocuidado relacionados con el aporte suficiente de alimentos en los futuros profesionales de salud, incrementar o reforzar los temas incluidos en la materia de nutrición establecida en el plan curricular para que los estudiantes adquieran herramientas que les permitan tomar las mejores decisiones respecto a las acciones de autocuidado.

Iniciar una detección de acciones de autocuidado respecto a la alimentación, desde el inicio de la preparación académica de los estudiantes de la carrera para definir si son deficientes o buenas, que permita a partir del diagnóstico establecer un programa educativo permanente relacionado con las acciones de detección, control, seguimiento, control y evaluación del estado nutricional de los estudiantes a fin de formar profesionales con un criterio y acciones de autocuidado y alimentación congruentes con la función educativa que desempeñan, lo que permitiría vincular la clínica que se ubica en la facultad de enfermería para la realización de acciones de promoción, prevención, detección y tratamiento.

Es importante en estudios posteriores, triangular la información obtenida en los estudiantes que tienen sobrepeso y obesidad en quienes se reporta buenas acciones de autocuidado para descartar la posibilidad de que hayan proporcionado respuestas socialmente aceptables.

En estudios posteriores es recomendable considerar un número más amplio de la población, así como controlar algunos factores como los relacionados con la realización de un régimen especial de alimentación, la presencia de reacciones secundarias de ciertos medicamentos que propician la retención de líquido, las costumbres familiares en cuanto a la alimentación, enfermedades de origen endocrino bajo tratamiento, así como factores hereditarios, debido a que por sí sola

la percepción de la imagen corporal no explica del todo las acciones de autocuidado que un sujeto realiza.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, V. J. C. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. México. Universidad Nacional Autónoma de México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, facultad de Medicina. Consultado el 7 de junio de 2012. En: [http://books.google.com.mx/books?id=ViX4JtSnmrcC&pg=PA48&dq=PERCEPCION+CORPORAL&hl=es&sa=X&ei=RS7RT9\\_iBcPg2gXYt-W4Dw&ved=0CGUQ6AEwCTgo#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=ViX4JtSnmrcC&pg=PA48&dq=PERCEPCION+CORPORAL&hl=es&sa=X&ei=RS7RT9_iBcPg2gXYt-W4Dw&ved=0CGUQ6AEwCTgo#v=onepage&q&f=false) (
- Ballesteros, A. J. M., Dal-Re, S. M., Pérez, F. N., & Villar, V. C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). *Rev. Esp. Salud Publica* 81(5). Consultado el 7 de junio de 2012. En: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000500002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000500002&script=sci_arttext)
- Carbó, P. E. (1999). *Manual de la psicología aplicada a la empresa: psicología de la organización*. Barcelona: Ediciones Granica S.A.
- Casillas, E. M., Montañó, C. N., Reyes V. V., Bacardí, G. M. & Jiménez, C. A. (2006). *A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal*. *Rev Biomed.* 17(4), 243-249.
- Durán, A. S, Bazaez, D. G., Figueroa, U. K., Berlanga, Z. N. R., Encina, V. C. y Rodríguez N. M. P. (2012). Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad de Santo Tomas de Chile. *Rev. Nutr Hosp.* 27(3) 738-746
- Enfermeros del consorcio sanitario de Tenerife. (2004). MAD. España. Consultado el 7 de junio de 2012. En: <http://books.google.com.mx/books?id=vGx76TwVTSoC&pg=PA161&dq=percepcion+de+la+imagen+corporal&hl=es&sa=X&ei=XRbRT8HEFsfq2AXa7OiqDw&ved=0CC8Q6AEwADgK#v=onepage&q=percepcion%20de%20la%20imagen%20corporal&f=false>

- Espinoza, O. L, Rodríguez, R. F, Gálvez, C. J. y MacMillan, K. N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Rev. chil. nutr.* 38(4), 458-465.
- Food and Agriculture Organization (FAO). 2012. Centro de prensa. Consultado el 8 de julio de 2012. En: <http://www.fao.org/news/story/es/item/8836/icode/>
- Food and Agriculture Organization (FAO). 2013. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en México 2012*. Food and Agriculture Organization.
- Franzoi, S. L. (1995).The Body-as-object versus the Body-as-process: gender differences and gender considerations. *Sex Roles.* 33, (5/6), 417-418.
- Gallardo, W. I. y Buen, A. E. L. L. (2011).Mala nutrición en estudiantes universitarios de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. *Rev Med UV.* 6-11.
- Gil, A. (2010). *Tratado de nutrición: tomo IV nutrición clínica.* (2da ed.). España: Panamericana.
- Gil, H. A., Aguilera, G. M. C. y Gil, C. M. (2007). Genética de la obesidad humana. *Revisión.* 1(3), 163-173.
- Gómez, F. (2003). Desnutrición. *En Salud Pública de México.* 45(4), 576-582
- Hernández, J. S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gac Méd méx.* 140(2), 27–32.
- Hernández, S. R. (2010). *Fundamentos de Investigación.* (5ta ed.). México: Mac Graw
- Hausenblas, A. H. & Fallon, A. E. (2002). Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms. *International Journal of Eating Disorders.* 32(2), 179–185.
- Hu, F. (2008). *Obesity epidemiology.* New York: Oxford University Press, Inc.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). [En línea]. Consultado el 8 de junio de 2012. En: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=22>
- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile. *ALIMENTACIÓN-AMÉRICA LATINA. Pobres, gordos y malnutridos.* Recuperado el 8 de junio de 2012 de <http://ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=95015>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Alimentación y nutrición ¿Son lo mismo?* México: Secretaria de Salud.
- Jiménez, B. D., Rodríguez, M. A. & Jiménez, R. R. (2002). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr Hosp* 3(25), 18-25. Consultado el 8 de junio de 2012. En: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/03\\_articulo\\_03.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/03_articulo_03.pdf)
- Lameiras, F. M., Calado, O. M., Rodríguez, C. Y., y Fernández, P. M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International journal of clinical and healthpsychology* 3(1), 23-33, Granada, España. Consultado el 7 de junio de 2012, En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33730102.pdf>
- Luevorasirikul, K. (2007). *Body Image and Weight Management: Young people internet advertisements and Pharmacists*. PhD Thesis. Faculty of Science. University of Nottingham.
- Martínez, J. I. y Villezca, B. P. A. (2003). La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. *Revista de información y análisis*. 21, 26-37. Consultado el 8 de junio de 2012. En: <http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r64342.PDF>
- Márquez, R. S. y Garatachea, V. N. (2009). *Actividad física y salud*. Díaz de Santos. España. Consultado el 7 de junio de 2012. En: <http://books.google.com.mx/books?id=GTcduhfoymIC&pg=PA95&dq=PERCEPCION+CORPORAL&hl=es&sa=X&ei=7CnRT-aNB4Wy2QXR3MSsDw&ved=0CFEQ6AEwBjgK#v=onepage&q=PERCEPCION%20CORPORAL&f=false>.
- Márquez, G. H., García, S. V. M., Caltenco, S. M. L., García, V. E. A., Márquez, F. H y Villa, R. A. R. (2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. *Megigraphic* 7(2) 59-69
- Moreno, E. B., Monereo, M. S. y Álvarez, H. J. (2004). *La obesidad en el tercer milenio*. (3ra ed.). España: Panamericana.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043. [En línea] Recuperado el 8 de junio de 2012 de [http://201.147.98.8/dofdia/2013/ene13/pdf/22ene13\\_ss.pdf](http://201.147.98.8/dofdia/2013/ene13/pdf/22ene13_ss.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2012). Centro de prensa nota descriptiva No 311. Consultado el 7 de junio de 2012. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Centro de prensa: obesidad y sobrepeso. Consultado el 7 de junio de 2012. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Datos y cifras: 10 datos sobre la obesidad. Consultado el 7 de junio de 2012. En: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). 10 datos sobre la nutrición. Consultado el 7 de junio de 2012. En: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Nutrición: desafíos. Consultado el 7 de junio de 2012. En: <http://www.who.int/nutrition/challenges/es/>
- Organización Panamericana de Salud. (2012). *Temas de salud: obesidad*. Consultado el 8 de junio de 2012. En: [http://new.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=96&id=824&Itemid=338](http://new.paho.org/mex/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=96&id=824&Itemid=338)
- Orem, D. E. (1999). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. (4ta ed.). España: Ediciones científicas y técnicas, S.A.
- Parra, G. L., Tellez, G. J. R y Escobar, C. (2003). *La desnutrición y sus consecuencias sobre el metabolismo intermedio*. Rev Fac Med UNAM. 46(1), 32-36
- Ramos, V. P., Rivera de los Santos F., y Moreno, R. M. C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Recasens, M. M. C. (2007). *Como resolver los conflictos que expresa nuestro cuerpo: lo que el espejo nos dice realmente*. Consultado el 7 de junio de 2012. En: [http://books.google.com.mx/booksid=bsOIYB\\_rHRIC&pg=PA37&dq=imagen+c](http://books.google.com.mx/booksid=bsOIYB_rHRIC&pg=PA37&dq=imagen+c)

corporal&hl=es&sa=X&ei=ezbRT\_22B6jq2AXu2vmaDw&ved=0CF0Q6AEwCQ#  
v=onepage&q=imagen%20corporal&f=false

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987). [En línea]. Recuperado el 8 de junio de 2012 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Secretaría de Salud. *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2006). *Encuesta nacional de Salud y Nutrición: Resultados por entidad federativa*, Querétaro. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Socarrón, S. M. M., Bolet, A. M. y Licea, P. M. E. (2002). Obesidad tratamiento no farmacológico y prevención. *Rev. Cubana Endocrinol* 13(1), 35-42.

Silva-Filho L (2008). Imagen Corporal, Actividad Física y Factores de Riesgo. *Rev. Salud pública*. 10(4), 555-560.

Tobón, C. O. (2003). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Consultado el 8 de junio de 2012. En:

[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf)



## ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de los elementos de la operacionalización de variables y sus definiciones

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE OBTENCIÓN
Características sociodemográficas	Se refiere a las particularidades que distinguen a un estudiante participante en el estudio de otro en lo que respecta a la edad, género y semestre que cursa.	Se obtendrá a través de los datos solicitados en el instrumento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul>	Años cumplidos.	Intervalo	Alumnos encuestados
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Género</li> </ul>	Sexo masculino o femenino.	Nominal	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semestre que se cursa</li> </ul>	Semestre 1 al semestre 10	Ordinal	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE OBTENCIÓN
Características somatométricas	Se refiere a las particularidades de los estudiantes relacionadas con la evolución del desarrollo físico medidas a través del peso, la talla y el IMC	Se obtendrá a partir de la cuantificación del peso en el individuo mediante una báscula mecánica, con ropa ligera y sin zapatos, y la medición de la talla mediante un estadiómetro, con el individuo erguido, de espaldas, sin zapatos y el IMC a través de una ecuación dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ),	• Peso	Medida en kilogramos	Ordinal	Alumnos encuestados
			• Talla	Medida en metros	Ordinal	
			• Índice de masa corporal	Insuficiencia ponderal, Normal, Sobrepeso, Obesidad grado I, Obesidad grado II Obesidad grado III.	Ordinal	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE OBTENCIÓN
Autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes	Se refiere a la serie de conductas y actitudes que el estudiante tiene en cuanto a la selección, preparación y consumo de alimentos	Se medirá a través de un instrumento de 42 reactivos elaborado a partir de los lineamientos establecidos en la NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.	Hábitos alimenticios	Consumo de alimentos Preparación de alimentos Selección de los alimentos	Ordinal Ordinal Ordinal	Alumnos encuestados
Percepción de la imagen corporal	Se refiere al proceso cognoscitivo del cual se obtiene la representación del propio cuerpo	Se medirá a través del Pictograma Stunkand	Imagen	Imagen real Imagen ideal	Nominal	

## ANEXO 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:	Acciones de autocuidado en aspectos alimenticios en relación con la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.
Objetivo de la investigación:	Determinar la diferencia entre las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes y la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería.
Intención del estudio:	Identificar el peso y talla para calcular el IMC, aplicar un pictograma al estudiante y un cuestionario de 42 preguntas
Selección de los participantes:	Los estudiantes serán seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado por género.
Cantidad y edades de los participantes:	La cantidad será de 101 estudiantes y las edades no serán mayores a 26 años.
Tiempo requerido:	El tiempo estimado para realizar las mediciones de peso y talla, contestar el pictograma así como el cuestionario será 24 min considerando medio minuto por pregunta y dejando un margen de 3 min.
Riesgos y beneficios:	El estudio no conlleva ningún riesgo. Los beneficios futuros son para los estudiantes de la Licenciatura en cuestión y servirá como base para proponer un programa de intervención que establezca, acciones de promoción y prevención que beneficien la calidad de vida en relación con la alimentación de la población, acciones que además pueden llevarse a cabo en la Clínica ENSAIN del campus.
Compensación:	Información para desarrollar acciones de autocuidado.
Confidencialidad:	El proceso será estrictamente confidencial, su nombre no será utilizado en ningún informe
Participación voluntaria:	La participación es estrictamente voluntaria.
Derecho de retirarse del estudio:	El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción a su persona y no repercutirá en su vida académica.
A quién contactar en caso de preguntas:	Investigador: Miriam Silva 442-457-07-20 y Directora: Lizbeth Padrón 999-910-08-87

Nombre investigador(a)  
**Miriam Susana Silva Resendiz**

#### AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para ser participe en el estudio de Miriam Susana Silva Resendiz sobre Acciones de autocuidado en aspectos alimenticios en relación con la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.

Firma

Testigo

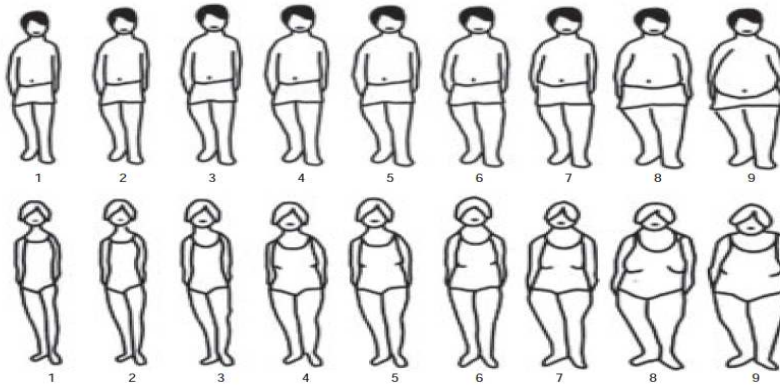


## Anexo 4. Pictograma de Satunkard

### Pictograma de Satunkard

**INSTRUCCIONES:** En el primer grupo de imágenes marque con un X la silueta que más se asemeje a su imagen corporal real, en el segundo bloque marque con un X la silueta que más se asemeje a su imagen corporal ideal; conteste las preguntas solicitadas.

Imagen Real

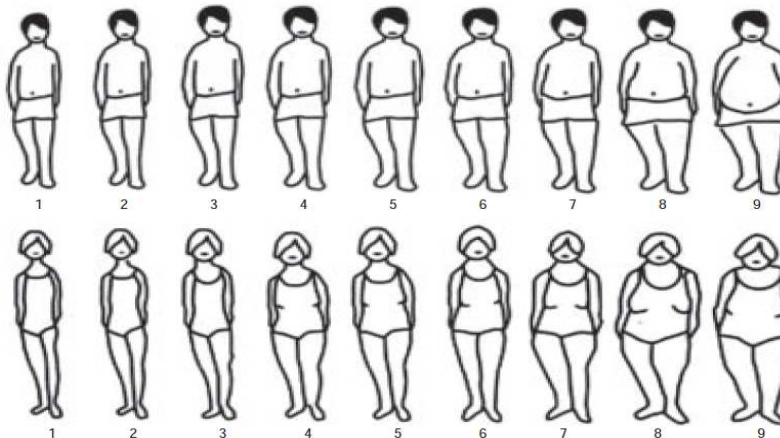


IMC: 17	19	21	23	25	27	29	31	33
---------	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Por qué eligió esta imagen?

Imagen Ideal

IMC: 17	19	21	23	25	27	29	31	33
---------	----	----	----	----	----	----	----	----



¿Por qué eligió esta imagen?

## Anexo 5. Instrumento Acciones de Autocuidado

Folio: \_\_\_\_\_

### **INSTRUMENTO ACCIONES DE AUTOUIDADO**

La finalidad de este instrumento es medir el aporte suficiente de alimentos, el cual se calificará con una puntuación de 1 a 5, el 1 corresponde a diario y el 5 a nunca. Aborda varios puntos importantes para identificar las acciones relacionadas con el consumo, la selección y la preparación de alimentos.

**INSTRUCCIONES:** Lee cuidadosamente las siguientes preguntas y después ubica una tacha a la respuesta de acuerdo a la siguiente escala: el cuadro con el número **1, equivale a diario; 2, 5-6 veces por semana; 3, 3-4 veces por semana; 4, 1-2 veces por semana y 5, nunca.**

### **LOS DATOS AQUÍ DESCRITOS SERÁN COMPLETAMENTE CONFIDENCIALES**

Respecto a la frecuencia del consumo de alimentos	Diario 1	5-6 veces por semana 2	3-4 veces por semana 3	1-2 veces por semana 4	Nunca 5
Alimentos con alto contenido de fibra (productos integrales, cereales, leguminosas, frutas y verduras)					
Bebidas con menor contenido de azúcar y grasas (yogurt, gelatina light)					
Alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos					
Verduras y frutas en lo posible crudas, con cáscara, regionales y de la estación					
Variedad de frijoles y otras leguminosas: lentejas, habas, garbanzos y arvejas, por su contenido de fibra y proteínas.					
Alimentos de los tres grupos (Verduras y frutas, cereales y leguminosas y alimentos de origen animal) en cada comida					
Consumo carnes rojas					
Consumo carnes blancas [pescado, aves (pavo y pollo) sin piel]					
Consumo leche entera.					
Consumo leche semidescremada o descremada					
Alimentos con alto contenido de azúcares refinados (pan dulce, galletas, refrescos embotellados y dulces en general)					

<b>Respecto a la frecuencia del consumo de alimentos</b>	Diario	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Nunca
	1	2	3	4	5
Alimentos con alto contenido de sal (quesos añejados, papas fritas, sopas instantáneas, condimentos con contenido de sal, por ejemplo knor tomate)					
Alimentos con alto contenido de colesterol (vísceras, manteca, yema de huevo, langosta, camarones, quesos untables)					
Alimentos ahumados, que contienen nitritos y nitratos (embutidos, productos enlatados)					
Alimentos con grasas trans (margarina, pollo tipo Kentucky, hamburguesas tipo Burger King y todo tipo de comida rápida)					
Consumo de bebidas alcohólicas (sin importar tipo )					
Comida chatarra entre comidas (sabritas, chocolates, dulces, pastelitos)					
Consumo de fritangas (gorditas, tamales, pastes, guajolotes)					
<b>Respecto a la preparación de alimentos</b>	Diario	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Nunca
	1	2	3	4	5
Realizo un correcto lavado de manos antes de preparar los alimentos y evito la manipulación excesiva o incorrecta de los mismos.					
Utilizo técnicas culinarias locales que no tienen efecto negativo en la salud como por ejemplo intercambio la manteca por aceite de oliva					
Preparo los alimentos con condimentos naturales y especias de la cocina tradicional de la región					
Utilizo técnicas culinarias que promuevan la adecuada utilización de los alimentos en la elaboración de los platillos, con el propósito de conservar tanto los nutrimentos y sus características sensoriales (sabor, color, aroma y textura) así como reducir los desperdicios					
Evito la cocción de frutas y verduras					
Utilizo agua hervida, purificada o clorada para preparar los alimentos					
Reutilizo los alimentos sobrantes una sola vez					



<b>Respecto a la preparación de alimentos</b>	Diario	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Nunca
	1	2	3	4	5
Descongeló los alimentos por cocción o bien por exposición al microondas					
Una vez descongelados los alimentos ya no los vuelvo a congelar					
Lavo con agua potable y estropajo, zacate o cepillo los vegetales y las frutas antes de consumirlos y conservo los recipientes que utilizo para la preparación limpios y tapados					
Preparo los alimentos a la plancha en lugar de empalzarlos y/o freírlos					
Retiro la piel a las aves antes de cocinarla					
Evito preparar los alimentos al carbón y leña					
Utilizo yerbas aromáticas, condimentos naturales o jugos cítricos para aderezar los alimentos					
Al preparar los alimentos realizo variación e intercambio dentro de cada grupo					
Evito agregar sal a los alimentos ya preparados					
<b>Respecto a la selección de alimentos</b>	Diario	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	Nunca
	1	2	3	4	5
Selecciono frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra de acuerdo al conocimiento de los beneficios de que me ofrecen					
Selecciono de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra de acuerdo a la disponibilidad y accesibilidad de los mismos					
Reviso las etiquetas de productos alimenticios procesados para conocer sus ingredientes, información nutrimental, modo de uso, forma de conservación, así como fecha de caducidad o consumo preferente cuando acudo al supermercado					
Selecciono principalmente alimentos o productos etiquetados como light o dietéticos					
Reviso los contenidos de los productos empacados para identificar la presencia “escondida” de sal, grasa y otros elementos en ciertos alimentos					
Selecciono alimentos de los tres grupos básicos: frutas y verduras, cereales y leguminosas y alimentos de origen animal					

<b>Respecto a la selección de alimentos</b>	Diario 1	5-6 veces por semana 2	3-4 veces por semana 3	1-2 veces por semana 4	Nunca 5
Desecho las latas o envases cuando estén abombados, abollados u oxidados					
Evito utilizar alimentos que tienen fecha de caducidad vencida					

**MUCHAS GRACIAS POR SU RESPUESTA**