



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD ACADEMICA
SEDE LA MANGA
VILLAHERMOSA, TABASCO.

TESIS
LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS, REPERCUTE
NEGATIVAMENTE EN SU CALIDAD DE VIDA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. VERÓNICA OVANDO PÉREZ.

VILLAHERMOSA, TABASCO

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS, REPERCUTE
NEGATIVAMENTE EN SU CALIDAD DE VIDA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. VERONICA OVANDO PEREZ

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL PABLO GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN SEDE LA MANGA, ASESOR
METODOLOGIA DE LA TESIS.
MEDICO FAMILIAR**

**CUANDO SE PRESENTA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19
AÑOS, REPERCUTE NEGATIVAMENTE EN SU CALIDAD DE VIDA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. VERONICA OVANDO PEREZ

AUTORIZACIONES:

**DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MECIDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIA FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**

VILLAHERMOSA, TABASCO.

2009

**CUANDO SE PRESENTA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19
AÑOS, REPERCUTE NEGATIVAMENTE EN SU CALIDAD DE VIDA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. VERONICA OVANDO PEREZ

AUTORIZACIONES:

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA.
SECRETARIO DE SALUD DEL EDO. TABASCO.**

**QUIM. SERGIO LEÓN RODRÍGUEZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD.**

DEDICATORIAS

A DIOS:

Gracias por el don de la vida, por todo lo que me ha dado y por los días de esperanza que me faltan para seguir cumpliendo mis metas.

A MI FAMILIA:

Gracias por la paciencia y el apoyo que me han otorgado, por estar conmigo en los momentos fáciles y difíciles a mi lado, por ser lo mejor para mí. LOS AMO.

A MI MAESTRO:

Dr. Miguel Pablo, gracias por compartir conmigo sus conocimientos, por su humildad y dedicación en su profesión, por fomentarnos el amor y valor a la Medicina Familiar y confiar en nosotros.

A MIS AMIGOS:

Gracias por que en los tres años compartidos fuimos más que amigos, hermanos; por el apoyo en los momentos difíciles, por la confianza que depositaron en mí y por que continuemos esa gran amistad.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA.
1.- MARCO TEORICO.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
3.- JUSTIFICACIÓN.....	12
4.- OBJETIVOS.....	16
4.1.- GENERAL.	
4.2.- ESPECIFICOS.	
5.- HIPOTESIS.....	17
6.- METODOLOGIA.....	18
6.1.- TIPO DE ESTUDIO	
6.2.-POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	19
6.3.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	19
6.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	20
6.5.- INFORMACION A RECOLECTAR, (VARIABLES A RECOLECTAR).....	21
6.6.-DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.....	22
6.7.-METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	23
6.8.-CONSIDERACIONES ETICAS.....	25
7.- RESULTADOS.....	28
7.1.- DESCRIPCION (ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS).	
7.2.- TABLAS Y GRAFICOS.....	29
8.- DISCUSIÓN.....	34
9.- CONCLUSIONES.....	36
10.- RECOMENDACIONES.....	37
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38
12.- ANEXOS.....	41

ANTECEDENTES

LA OBESIDAD es hoy en día un punto importante dentro de la salud, ya que es considerada por la OMS como la epidemia del siglo XX y en Estados Unidos los seguros la incluyen ya como una enfermedad, en España los pediatras están alarmados por el preocupante incremento de obesidad infantil, que afecta al 16% de los niños menores de 14 años ¹.

De acuerdo a la NOM-174-SSA 1-1998, la obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañado de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud. Esta establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad.

La obesidad y el sobrepeso están asociados, en los adultos, con enfermedades crónicas y degenerativas que se han identificado como las principales causas de mortalidad en países desarrollados. En los niños, la obesidad y el sobrepeso están asociados con trastornos en el perfil de lípidos e incrementos en el colesterol sérico, así como con la hipertensión arterial, las enfermedades respiratorias, los trastornos musculoesqueléticos y la diabetes mellitus.² Los niños obesos presentan un mayor riesgo de convertirse en adultos obesos, así como tasas más altas de mortalidad y morbilidad. Se ha encontrado que los niños obesos tienen más riesgo de tener un nivel socioeconómico bajo al llegar a la edad adulta, aun controlando el efecto de su nivel socioeconómico cuando niños y la educación de sus padres.³

La obesidad tiene su origen generalmente en unos estilos de vida inadecuados en los relacionados con la alimentación y la actividad física; suelen adquirirse durante la infancia y al adolescencia. Ha demostrado una estrecha asociación entre la obesidad en estas primeras etapas de la vida y la obesidad en etapa adulta. Se viene apreciando últimamente un incremento de obesidad en la población infantil, y es determinante para otros problemas de salud. ⁴.

Se trata de un proceso metabólico en el que se produce una acumulación de grasa excesiva en relación con el promedio normal que corresponde a cada niño, según su edad, sexo y talla, es decir aparece porque el aporte de energía mediante la ingesta de alimentos supera el gasto, y que el excedente se almacena en el organismo como tejido graso. Para saber si hay obesidad, se debe calcular el índice de masa corporal, que se calcula con el peso y la talla. En la práctica diaria, se utiliza para el diagnóstico el índice de masa corporal (IMC) y el diámetro de la cintura.

Los métodos más usados para medir la obesidad son los antropométricos: relación, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), pliegues cutáneos y la simple inspección del paciente.

El índice de masa corporal (IMC) se calcula al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros. (Kg/m²).

Clasificación según el incremento de masa corporal según la OMS

- 1.- Peso bajo.....<18,5
- 2.- Normopeso.....18. 5-24,9
- 3.-Sobrepeso.....25-29.9
- 4.- Obesidad.....30-34.9
- 5.-Obesidad grado II.....35-39,9
- 6.- Obesidad grado III (mórbida)..... >= 40

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las curvas de crecimiento elaboradas por el National Center for Health Statistics (NCHS), ya que los pesos y tallas de adolescentes provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados, son similares a los de adolescentes de países desarrollados con antecedentes comparables.⁵

La obesidad puede ser endógena o exógena; la primera es debida a la ingesta calórica superior a la necesaria, para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. La segunda es producida por disfunción de los sistemas endocrinos o metabólicos; se distinguen las obesidades difusas, a menudo constitucionales, que

aparecen en la infancia o en la adolescencia; las obesidades ginecoides, más frecuente en la mujer, que predominan en la parte inferior del cuerpo (caderas, nalgas) y las obesidades androides, en el hombre, en las cuales la carga adiposa se localiza en el cuello, los hombros y el epigastrio. ⁶

Clasificación según la condición de los adipositos:

- A).-Obesidad hiperplásica: Número de las células adiposas; infancia
- B).-Obesidad hipertrófica: de la grasa acumulada en las células adiposas; adulto.
- C).- Mixta: combinación de las anteriores.

La obesidad en el 30% de los casos, comienza en la infancia o en la adolescencia, existe una obesidad familiar unilateral o bilateral en el 80% de los casos, y una diabetes familiar en el 25% de ellos. ⁷

La frecuencia de la obesidad en el niño es del orden de 8 a 12% y un poco más en las niñas, comienza precozmente 2 de cada 3 niños son obesos antes de los 5 años.

Son diversos factores que influyen en la obesidad infantil; hay factores sociales, ambientales, genéticos y metabólicos.

La genética puede contribuir a la obesidad en los siguientes casos:

- a).- niño de padres delgados: 10% de probabilidad de obesidad.
- b).- niño con un progenitor obeso: 40%.
- c).- ambos progenitores obesos: 80% de probabilidad. ⁸

Dentro de las causas de la obesidad en el orden nutricional y psicosocial podemos encontrar:

- 1.- no lactancia materna.
- 2.- suspensión precoz de lactancia.
- 3.- ablactación inadecuada.
- 4.- mantenimiento de la lactancia materna por tiempo excesivo.
- 5.- situaciones familiares inadecuadas.
- 6.- padres divorciados.
- 7.- madres jóvenes.
- 8.- hábitos alimentarios inadecuados.

9.- horarios alimentario inadecuados.⁹

En España solo afectaba al 5 % de los niños y jóvenes hace 15 años; en la actualidad, 16 de cada 100 menores padecen de sobrepeso, la prevalencia de obesidad es del 13.9%, y la de sobrepeso y obesidad, del 26.3% (12.4) solo sobrepeso; la obesidad es mayor en varones que en mujeres y también el sobrepeso. Tiene en relación con otros países una prevalencia intermedia de obesidad.¹⁰

En México, a la población adolescente en general se percibe como sana, aunque 2% de ella considera que su salud es mala. La ENSA (ENCUESTA NACIONAL DE SALUD), muestra que la prevalencia es más frecuente en jóvenes.¹¹

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo:

1.- Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso.

2.- Al menos 400 millones de adultos obesos.¹²

Además, calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

En el 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso y obesidad.¹³

Son diversos factores que influyen en la obesidad infantil; hay factores sociales, ambientales, genéticos y metabólicos.¹⁴

LOS Y LAS ADOLESCENTES DE MÉXICO, definidos por la organización mundial de la salud, como la población de 10 a 19 años; y la cual ha ido aumentando su tasa de crecimiento; la contribución a la mortalidad nacional no ha presentado modificaciones; Aunque se puede tratar del grupo de población más sano, el que utiliza menos los servicios de salud, es en el que se inicia además de exposiciones a factores de riesgo como sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas, el consumo inadecuado de alimentos y sedentarismo que determinan problemas de salud y la aparición de enfermedades crónico degenerativas del adulto, que afectan a las personas con el paso del tiempo.¹⁵

La sociedad en la que vivimos tampoco ayuda mucho, ya que los medios de comunicación, la familia y la presión de los amigos pueden estar mandando

mensajes erróneos sobre la comida y el peso a los niños y adolescentes. La actual sociedad idealiza a las personas delgadas y estigmatiza a las obesas; sin embargo, alimentos altamente calóricos y el exceso de grasa, abundan en el mercado y son los más publicitados, cuando al mismo tiempo los niveles de actividad física están por los suelos. La familia juega un papel importantísimo ya que hijos de padres obesos tienen mucho más probabilidades de convertirse en obesos, mientras que hijas de madres que se la viven a dieta, están más susceptibles a hacer dietas tempranas y, sí el mensaje es erróneo, los lleva a desarrollar algún trastorno alimentario.

LA ADOLESCENCIA es la etapa en que el individuo deja de ser un niño pero sin haber alcanzado la madurez de un adulto. Comienza con la aparición de los signos sexuales secundarios (entre los 10 y 12 años), continúa con la adolescencia media en que los cambios puberales ya se encuentran establecidos (de los 13 a los 15 años) y termina en la adolescencia final, desde los 16 hasta los 18 a 20 años de edad, de acuerdo con el momento en el cual el adolescente se inserta en el mundo y la vida social del adulto.

Se presenta de los 10 a los 19 años, iniciando una etapa de transición importante que se caracteriza por cambios físicos, patrones de conductas irregulares y una fuerte necesidad de identidad y reconocimiento social.

Representa una etapa crucial en la vida de todo individuo. Es aquí donde se toman decisiones importantes, se construyen los proyectos de vida y se inicia la actividad sexual¹⁶

Se pueden presentar consecuencias de importancia como son trastornos en la alimentación.

Dentro del desarrollo físico, se da un rápido aumento de la estatura, incremento del peso, así como otras características.¹⁷

Desarrollo motivacional: según Schneider, en el adolescente sobresalen los motivos de necesidad de seguridad, la cual se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física). El adolescente puede sufrir

inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por falta de confianza en los propios juicios y decisiones.

Es importante mencionar que el pensamiento del adolescente tiende a ser inmune, por la forma de pensar en el yo no me enfermo, puedo hacer lo que yo quiera, llega a ser inmortal.¹⁸

Los valores y normas de comportamiento que haya incorporado el adolescente a su YO, marcarán su identidad.

AL HABLAR DE CALIDAD DE VIDA, lo podemos definir como el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.¹⁹

La definición de calidad de vida más aceptada por la comunidad científica internacional, la propuso Schalock: calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Este modelo ha sido validado por la revisión de las investigaciones publicadas en el periodo de 1985-1999 en las áreas de salud mental, discapacidad intelectual, mayores y educación.¹⁹

Según la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. se trata de un concepto más amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno; la calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las 3 dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad.

Dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluyen las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y de los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico- paciente y el desempeño laboral.¹²

Al presentarse el problema de obesidad, se adquiere como un factor que rompe el vínculo, con lo que la calidad de vida disminuye. Los especialistas consideran la obesidad con importantes consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo.²⁰

Consecuencias a corto plazo: alteraciones psicosociales, incluso en edades tempranas; burlas y marginación por parte de otros niños. Consecuencias a mediano plazo: aumenta la incidencia de diabetes tipo 2, principal causa de mortalidad cardiovascular; alteraciones ortopédicas, respiratorias, y cutáneas; mayor riesgo de intolerancia a la glucosa; hipertensión arterial y alteraciones del colesterol y triglicéridos y falta de agilidad.

Consecuencia a largo plazo: aumenta el riesgo de obesidad en edad adulta en un 75% de los casos y por tanto de padecer enfermedades cardiovasculares; en la adolescencia puede generar como contrapartida trastornos de alimentación como bulimia y anorexia nerviosa; repercusión psicológica y laboral.²⁰

Los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios se forman desde las edades más tempranas de la vida y están estrechamente relacionados con el desarrollo psicomotor en las primeras etapas de la vida, en su proceso de desarrollo y conformación de la futura personalidad.²¹

El objetivo central del tratamiento de la obesidad, debe ir encaminado al establecimiento de un tratamiento educativo y psicológico; como base la

transformación de conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios; estabilidad psíquica de las personas que comparten su contexto socio- familiar". ^{22,23}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sobrepeso y la obesidad, como problemas de salud pública, están alcanzando proporciones epidémicas en países desarrollados y, junto a la desnutrición e infecciones, son la causa del deterioro en la salud y calidad de vida de la población en países en vía de desarrollo.

Recientemente un grupo internacional de expertos de la OMS/FAO ha analizado los grados de evidencia para varios factores asociados a la obesidad, encontrando; que el aumento en la frecuencia de obesidad en la infancia a nivel mundial, se debe en un 99% de los casos a factores relacionados con los estilos de vida: Energía contenida en la dieta, sedentarismo y que solo un 1% se debe a SD. Genéticos o endocrino metabólicos. (Series de informes técnicos # 916, OMS, Ginebra, 2003). México, es el segundo país a nivel mundial con problemas de sobrepeso; cuatro de cada diez niños en las escuelas sufren de este problema de salud.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) reveló que el sobrepeso y la obesidad son los problemas más graves en la población mexicana, ya que juntos afectan al 72 por ciento de las mujeres y al 67 por ciento de los hombres mayores de 30 años. En total, el 70 por ciento de los mexicanos padece algún problema de peso.

La ENSA 2000, reporta el 25 a 27% de adolescentes con sobrepeso y obesidad con un IMC mayor de 30 kg/m².

La prevención de la obesidad es una prioridad de la salud pública internacional.

Los programas de prevención de obesidad y sobrepeso en México deben tomar en cuenta diferencias regionales y distintos grupos de edad. Es necesario desarrollar estos programas en periodos de vida especialmente vulnerables. Los programas de educación nutricional materno-infantil deben concentrarse en el uso de alimentos adecuados para el preescolar durante el periodo de ablactación.

Se está realizando prevención de la obesidad infantil con iniciativas orientadas tanto a educadores como a padres y a los propios afectados. Una de ellas, con el

apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo, es la Escuela de Obesidad Infantil publicada por CONSUMER EROSKI en febrero de 2006.

En ella se aportan pautas de nutrición y deporte para que los propios niños y adolescentes aprendan jugando, así como un amplio catálogo de recursos para adultos.

La Comisión de Higiene y Salud Pública del Congreso de Estado realizó el Foro de Consulta para la Prevención y el Combate de la Obesidad, cuya finalidad fue recopilar propuestas y comentarios para enriquecer el dictamen de la Ley para Prevenir y Combatir la Obesidad en el Estado de Jalisco.

A nivel Estado se realiza el programa de control de peso y talla a niños menores de 5 años y actualmente en adolescentes.

Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), se reconocen como una estrategia de prestaciones de servicios, que tienen como un propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas como promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva; estimulando de ésta forma la cultura del autocuidado. Dentro de éstos están la salud del niño (menor de 10 años) y la salud del adolescente (10-19 años).

Se implementó el programa vamos por un millón de kilos, por parte del sector salud; el objetivo de la campaña es promover entre la población la cultura de cuidar su peso ya que no hacerlo implica graves complicaciones como infarto al miocardio, infarto cerebral, hipertensión arterial y sobre todo diabetes.

De igual forma empresas como Televisa, con el programa cuanto quieres perder; así como empresas de alimentos: por ejemplo Wal-Mart, están realizando campañas en escuelas para ver la calidad de la alimentación en los niños.

En la localidad de Buena Vista 2da. Secc., se realiza el programa de peso y talla mensual a todos los niños de 0 a 19 años, y seguimiento de control nutricional Cabe resaltar que se deberá realizar la atención integral de la salud de la familia, ya que con ello se lograría un mayor impacto en el aspecto de prevención.

Por todo esto se llega al siguiente cuestionamiento: ¿Cuándo se presenta la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años, repercute negativamente en su calidad de vida?

JUSTIFICACIÓN

La obesidad se ha convertido en un gran problema de salud pública y actualmente se considera una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en el mundo. Hay una tendencia al aumento de esta problemática con el agravante de los riesgos que genera para etapas posteriores de la vida. Este incremento en la prevalencia está asociado a cambios socioeconómicos, tecnológicos, poblacionales y familiares que se han dado en las últimas dos o tres décadas no sólo en los países desarrollados sino también en los que están en vía de desarrollo.

Dada la prevalencia creciente del sobrepeso y obesidad en población pediátrica, las dificultades del tratamiento en la edad adulta y los costos que este conlleva, aunado a las dificultades psicosociales como rechazo; aislamiento y distorsión de la imagen corporal; la dificultad en las relaciones interpersonales y además el riesgo aumentado de hiperinsulinemia, hipertensión, dislipidemia, la asociación a enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoartritis entre otras; es importante conocer las opciones que existen para el manejo de esta entidad en los niños y adolescentes teniendo en cuenta no afectar su crecimiento y desarrollo esperado para la edad.

Por zonas geográficas, la frecuencia se observó en la comunidad de canarias y en la región de la península. En la región de levante, correspondiente a la comunidad valenciana y Murcia, la prevalencia fue del 25.2 % para sobrepeso y 15% para obesidad.

En España, según el último estudio realizado a nivel nacional, el estudio enKID, con población de 2 a 24 años de edad, se encontró una prevalencia de sobrepeso del 26.3 % y de obesidad del 13.9% (en este estudio se define el sobrepeso como índice de masa corporal (IMC) superior al percentil 85 y obesidad si es superior a 97). La obesidad fue más frecuente en varones (15.6%) que en mujeres

(12%) en edades más jóvenes de 6 a 13 años, en niveles socioeconómicos y de estudios más bajos, y entre aquellos niños que no desayunaban o era de baja calidad nutricional.

el país ha experimentado y el proceso de transición epidemiológica por el cual La obesidad específicamente, se ha encontrado relacionada con los niveles de pobreza en países subdesarrollados: En Colombia, la Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición (ENSIN-2005), encontró un 10.3% de sobrepeso en adolescentes de 10 a 17 años de edad, con mayor prevalencia en el área urbana que rural (11.6% vs 7.2%), mientras que en Santander se halló 11.9% de sobrepeso en jóvenes de 10 a 17 años de edad. En Medellín, un estudio en escolares y adolescentes, encontró que el exceso de peso era del 14.3% para los hombres y de 13.7% para las mujeres, con mayor prevalencia en el grupo de 6 a 9 años en ambos sexos.

La OMS ha señalado que, en América Latina, la prevalencia de obesidad infantil y juvenil en 1997 oscilaba entre 2.1% en Nicaragua y 10.3% en Chile. En España se han observado cifras de 8 y 3%, respectivamente. Un estudio de niños y adolescentes de una comunidad indígena de Canadá reveló una prevalencia de sobrepeso de 27.7% en varones y de 33.7% en mujeres.

Un estudio ecuatoriano realizado en 1994 encontró que el sobrepeso, basado en el IMC, fluctuaba entre 12 y 15% en las mujeres y entre 8 y 10% en varones de zonas urbanas, mientras que en el área rural estaba en 2% en ambos sexos. En Quito, Ecuador se encontró prevalencia de 8.6% de sobrepeso y 3.2% de obesidad en mujeres adolescentes, mientras que en varones adolescentes era de 8.5 y 2.0%, respectivamente.

En México, la tasa de prevalencia de obesidad y sobrepeso, ha aumentado según la ENSA 2000, en el grupo de niños y adolescentes, primordialmente en las jóvenes, un tercio de ellas, por lo que es ya un problema de salud.

La enfermedad es susceptible a ser controlada con diversas medidas que incluyen dieta, ejercicio, cambio en el estilo de vida, mejoría en el entorno familiar y social, educación para la salud y promoción, etc.

En México, en general, se ha prestado mayor atención a los problemas de desnutrición que a los de mala nutrición por exceso. Sin embargo, los cambios que atraviesa, indican que la malnutrición por exceso también puede constituir un problema de salud pública importante. La creciente urbanización y el desarrollo económico producen cambios en las condiciones y en los estilos de vida. Estos cambios pueden generar modificaciones en la dieta y en los patrones de actividad física de la población, lo que puede aumentar el riesgo de obesidad.

El aumento en el número de jóvenes obesos en Tabasco, explicó el doctor Vivas Pérez (IMSS), se debe a que la sociedad ha cambiado su estilo de vida y tiene más a su alcance la llamada “comida rápida” y los alimentos ricos en grasa y carbohidratos. Señaló además que en esta etapa de su vida, los adolescentes empiezan a decidir y elegir su alimentación por sí solos, generalmente sin vigilancia y con resultados inconvenientes para su salud.

Desde la infancia se están presentando altas cifras de sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. De acuerdo con la distribución del índice de masa corporal (IMC=kg/m²) para la edad, 26% de los escolares en México y uno de cada tres adolescentes presenta exceso de peso, es decir, la combinación de sobrepeso más obesidad. En las personas mayores de 20 años, las prevalencias de sobrepeso y obesidad (IMC \geq 25) se han incrementado de manera alarmante; actualmente, 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos tienen exceso de peso.

En el ámbito nacional, la ENSANUT 2006 analizó la información de 14 578 adolescentes de 12 a 19 años, que al aplicar los factores de expansión, representan a 18 465 136 adolescentes. La prevalencia nacional de baja talla en las mujeres de 12 a 17 años fue de 12.3 por ciento. Se encontró que aproximadamente uno de cada tres adolescentes (hombres o mujeres) presentan exceso de peso, lo que representa alrededor de 5 757 400 adolescentes en todo el país.

En Tabasco, de una muestra cuya expansión representa poco más de 400 mil adolescentes, 13.2% presentó baja talla y 32.7% exceso de peso. Para las localidades urbanas, la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad fue de

37.3% (41.4% para hombres y 33.5% para mujeres) en comparación con 27.6% reportado para las localidades rurales del estado, con una distribución de 28.2% para hombres y 26.9% para mujeres.

La OMS ha establecido, recientemente, una clasificación de las estrategias de prevención:

- 1- Prevención universal o de salud pública. Dirigida a todos los individuos de una población
- 2- Prevención selectiva o detección de la población de riesgo
- 3- Prevención diana dirigida a niños con sobrepeso, pero que todavía no son obesos.

Mi inquietud por realizar éste trabajo es por que como ya se ha mencionado, la obesidad y el sobrepeso ha trascendido, se encuentran casos en la comunidad de Buena Vista 2da. Secc. Tamulte de las sabanas; dentro del grupo de población adolescente (10-19 años), por lo que deseo saber si esto repercute en la calidad de vida de dichos pacientes, por lo tanto el manejo debe ser integral, la prevención debe comenzar desde la primera época de la vida, aumentar las actividades físicas, dietas basadas en la pirámide nutricional, dicho tratamiento debe ser responsabilidad de los padres y los jóvenes, y así mejorar su calidad de vida a corto y largo plazo.

Para saber si existe repercusión en la calidad de vida de estos adolescentes se usará la encuesta de calidad de vida en los adolescentes de Olson.

Objetivo General:

Determinar si la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años de la R/A buena vista 2 da. secc., Tamulte de las sabanas repercute negativamente su calidad de vida.

Específicos:

Determinar si la obesidad influye negativamente en la calidad de vida.

Pesar y medir a la población adolescentes de 10 a 19 años. Buena vista 2da. Secc. Tamulté de las Sabanas.

Aplicar la encuesta para medir la calidad de vida (Olson) en la población adolescente de 10 a 19 años. Buena vista 2da. Secc. Tamulté de las Sabanas.

HIPOTESIS

Hipótesis nula:

Si existe obesidad no repercute negativamente en la calidad de vida de los adolescentes.

Hipótesis alterna:

Si existe obesidad repercute negativamente en la calidad de vida de los adolescentes.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio **Transversal** o de prevalencia, ya que permite medir la prevalencia de cualquier enfermedad, permite medir la magnitud de un problema de salud en determinada comunidad, en un lugar y tiempo específico. **Retrospectivo**, ya que el objetivo es probar alguna hipótesis planteada sobre la etiología de la enfermedad, es decir que se dedican al análisis de una presunta relación entre algún factor o característica sospechosa y el desarrollo de cierto padecimiento. **Observacional**, su característica principal es que el investigador no posee la autoridad de decir quienes si o quienes no van a estar expuestos a la influencia de determinado factor, no controla ni manipula las variables del estudio, sino que están dependientes de la voluntad del investigador; hay un punto común que es el tiempo, lo cual lleva a relacionar el factor o característica bajo estudio “causa” y una determinada enfermedad “efecto”. **Descriptivo**; por que son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales, los estudios descriptivos conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior.

UNIVERSO DE ESTUDIO

120 estudiantes de secundaria y preparatoria de 10 a 19 años, que habitan en la Ría. Buena Vista 2da. Secc., Tamulte de las Sabanas, Centro Tabasco, del período a partir del mes de Marzo 2006 a Julio 2008.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se usará el universo de trabajo.

Criterios de inclusión:

Estudiantes de secundaria y preparatoria de 10 a 19 años, residentes de R/A.
Buena Vista 2da. Secc. Tamulté de las Sabanas.

Criterios de exclusión

1.- Los que no viven en la comunidad de Buena Vista 2da. Secc. Tamulté de las Sabanas.

Criterios de eliminación.

1.-Adolescentes que no contestaron adecuadamente la encuesta.

VARIABLES

Variables independientes:

Obesidad en adolescentes.

Variables dependientes:

Calidad de vida.

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional.	Tipo	Escala de medición
edad	Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	continua	Años cumplidos.
peso	Medida de incremento ponderal en kilogramos.	continua	Peso en kilogramos
talla	Es la altura de una persona en posición ortostática.	continua	Altura en metros y centímetros.
IMC	Medida de incremento de grasa corporal de acuerdo a peso y talla.	Continua/intervalo	Resultado de la fórmula: $\text{peso}/\text{talla}^2$
sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en los procesos de producción.	cualitativa	1.- femenino 2.- masculino
escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.	cuantitativa	1.- secundaria 2.-preparatoria 3.- no estudia.
Calidad de vida	Bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de su vida.	cualitativa	1.- mala calidad 2.- buena calidad

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

INSTRUMENTO:

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON Y BARNES.

Esta escala fue construida por David Olson y Howard Barnes en 1982. Los objetivos de la escala fueron medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de las experiencias vitales de los individuos, como por ejemplo: vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

Se desarrollaron dos instrumentos para medir la calidad de vida, estos fueron: versión padres con 43 ítems y 12 áreas (vida marital y familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad). Versión para adolescentes con 25 preguntas con las mismas áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo. Diecinueve preguntas son comunes a las dos escalas, 21 son sólo para adultos y 6 aparecen únicamente en la forma para adolescentes.

Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones: insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho y completamente satisfecho.

La validez y confiabilidad: La escala presenta validez de construcción, el análisis factorial con rotación varimax para la escala total, resultó en la delineación de 12 factores. En general, el análisis factorial sustentó la estructura conceptual inicial de la escala con pocas excepciones.

La confiabilidad a través del método test-retest, se efectuó usando la forma de adolescentes con 124 sujetos de doce clases universitaria y secundaria. El lapso entre las dos aplicaciones fue de cuatro a cinco semanas. La correlación de Pearson para la escala total es de 0,64 y las correlaciones para los doce factores van desde 0,40 hasta 0,72. La confiabilidad de la consistencia interna se halló con

el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach, siendo para la escala padres igual a 0,92 y para la escala adolescentes igual a 0,86.

En conclusión, el presente instrumento cuenta con validez y confiabilidad para ser aplicados a grupos similares a la muestra.

PROCEDIMIENTO

Este instrumento fue aplicado individualmente a 120 adolescentes, divididos en 4 grupos de 30 cada uno. El tiempo que se utilizó en la aplicación del instrumento fue de 60 minutos aproximadamente. Una vez codificados los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

El test de calidad de vida consta de 25 preguntas, como puntuación mínima fue 25 puntos y la puntuación máxima de 125, se tomó como mala calidad de vida al promedio de la puntuación mínima, máxima, quedando como valor 50 puntos; por lo tanto las encuestas que están por debajo de 50 puntos se consideran como mala calidad de vida y los que están por arriba de éste son considerados como buena calidad de vida.

Se tomará como obesidad a los adolescentes que presenten IMC mayor a 27 según lo normado por la NOM 174 SSA 1-1998 para la obesidad.

Se analizará los datos a través de porcentaje, media, mediana, moda y desviación estándar para la edad, peso y talla, así como chi cuadrada para determinar la relación entre la obesidad y la mala calidad de vida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Esta incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El presente trabajo se realizó como una investigación descriptiva de corte transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo, por lo cual, sus procedimientos no son invasivos y no dañan la integridad, física, mental y social de los participantes o sujetos de estudio, es decir, su implementación carece de riesgos. Cabe mencionar, que la información obtenida fue manejada con absoluta confidencialidad.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en su título quinto en Materia de Investigación para la Salud, capítulo único en su Artículo 100 y a la Declaración de Helsinki en su apartado B sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, está considerada como una investigación sin riesgo.

El presente trabajo se realizó en base a los siguientes artículos:

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

XIII. La educación para la salud;

XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;

Artículo 6o.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

Artículo 110.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el

individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111.- La promoción de la salud comprende:

I. Educación para la salud;

II. Nutrición;

CAPITULO III

Nutrición

Artículo 114.- Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal. La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos de los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se relacionen con la nutrición, alimentos, y su disponibilidad, así como de los sectores sociales y privado.

Artículo 115.- La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición;

II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.

V. Promover investigaciones químicas, biológicas, sociales y económicas, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos, para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población.

RESULTADOS

El estudio incluyó un total de 120 adolescentes escolares del programa de oportunidades, de la Ranchería Buena Vista Tamulté de las Sabanas, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

En el cuadro 1 se encuentra que la desviación estándar del peso es 13 y talla de 0.08, el promedio de peso es de 62 kilos, y la talla de 1.56; la mediana fue de 60 y la talla de 1.54; la moda en el peso fue de 71 y de la talla de 1.5. En el cuadro 2, no se encontró diferencia significativa entre la obesidad y la calidad de vida. En el cuadro 3. Se encuentra $X^2 = 3.34$ $P = 0.06$ $RR = 2.5$ $RA = 23.3\%$ $FAP = 30.5\%$, lo que se traduce en que el riesgo atribuible es del 23.3% que los obesos presenten mala calidad de vida; el factor atribuible a la población estudiada es del 30.5% de presentar mala calidad de vida. Y que los obesos tienen 2.5 veces más probabilidades de presentar una mala calidad de vida. En el cuadro 4, se encuentra que no es estadísticamente significativa en cuanto a género.

En la gráfica 1, se encuentra que los adolescentes están cursando la preparatoria, y en un menor porcentaje, la secundaria. En la gráfica 2, se puede apreciar que el 53% de los adolescentes encuestados, tienen buena calidad de vida y el 47% una mala calidad de vida; referente al sexo. Se observa en la gráfica 3 que el 52% de los encuestados, es del sexo femenino, por lo que predomina en éste grupo, siendo el 48% del sexo masculino. La edad de los adolescentes se muestra en la gráfica 4, donde en el grupo de 15 a 19 años está el 87%, y dentro del grupo de 10 a 15 años, el 13%, siendo predominante el primero; en la gráfica 5, de acuerdo a la clasificación del peso, acorde al IMC; se muestra que el 49% lo ocupan los adolescentes con peso normal, el 29% en sobrepeso, en 17% son obesos grado I y 3% grado 3, dentro de la obesidad mórbida el 2% y 0% se encuentran con peso bajo; siendo el 51% en total los adolescentes en sobrepeso, siendo de predominio ante los adolescentes con peso normal.

CUADRO 1. RELACION ESTADISTICA DE PESO Y TALLA DE LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA 2DA. SECC. TAMULTE DE LAS SABANAS.

	PESO	TALLA
DESVIACION ESTANDAR	13	0.08
PROMEDIO	62	1.56
MEDIANA	60	1.54
MODA	71	1.5

En el cuadro 1 se encuentra que la desviación estándar del peso es 13 y talla de 0.08, el promedio de peso es de 62 kilos, y la talla de 1.56; la mediana fue de 60 y la talla de 1.54; la moda en el peso fue de 71 y de la talla de 1.5.

CUADRO 2. DE RELACION ENTRE SOBREPESO- OBESIDAD Y NORMOPESO CON CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA 2DA. SECC. TAMULTE DE LAS SABANAS.

IMC	Mala calidad de vida	Buena calidad de vida	Total
Sobrepeso y obesidad	29	32	61
normal	26	33	59
Total	55	65	120

$X^2 = 0.15$ $p = 0.70$

En el cuadro 2, no se encontró diferencia significativa entre la obesidad y la calidad de vida.

CUADRO 3. DE RELACION ENTRE OBESOS Y SOBREPESO CON CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA 2DA. SECC. TAMULTE DE LAS SABANAS.

IMC	OBESO	SOBREPESO	TOTAL
MALA CALIDAD	18	16	34
BUENA CALIDAD	8	19	27
TOTAL	26	35	61

En el cuadro 3; Se encuentra: $X^2= 3.34$ $P=0.06$ $RR=2.5$ $RA=23.3\%$ $FAP=30.5\%$. No se presenta significancia estadística. Sin embargo los pacientes con obesidad tienen 2.5 veces más probabilidades de tener mala calidad de vida. El 23.3% de los pacientes con mala calidad de vida se debe a la obesidad y donde 30.5% de los pacientes obesos tiene mala calidad de vida.

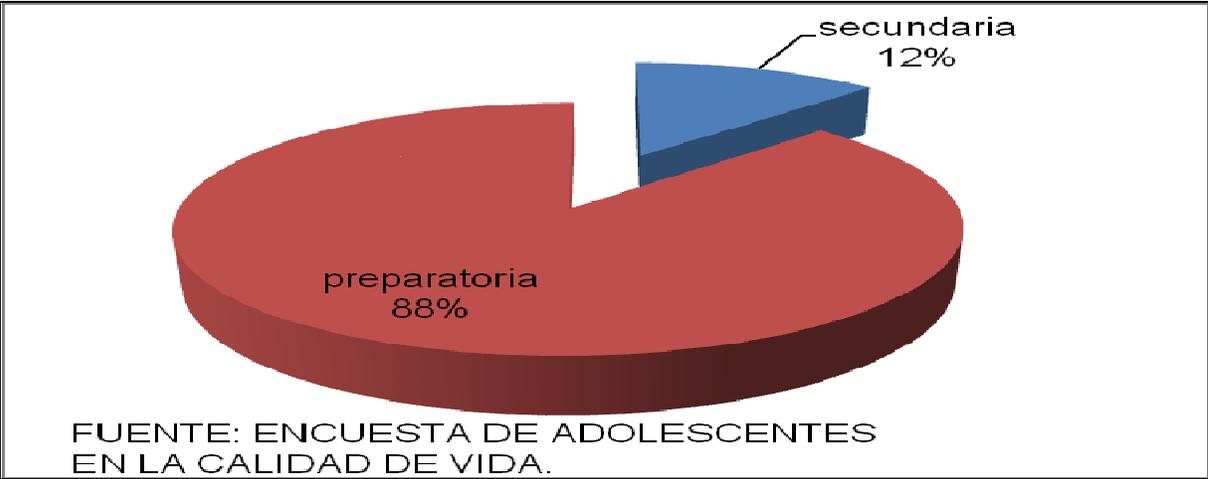
CUADRO 4. DE RELACION ENTRE SEXO Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA 2DA. SECC. TAMULTE DE LAS SABANAS.

SEXO	MALA CALIDAD	BUENA CALIDAD	TOTAL
FEMENINO	34	29	63
MASCULINO	31	26	57
TOTAL	65	55	120

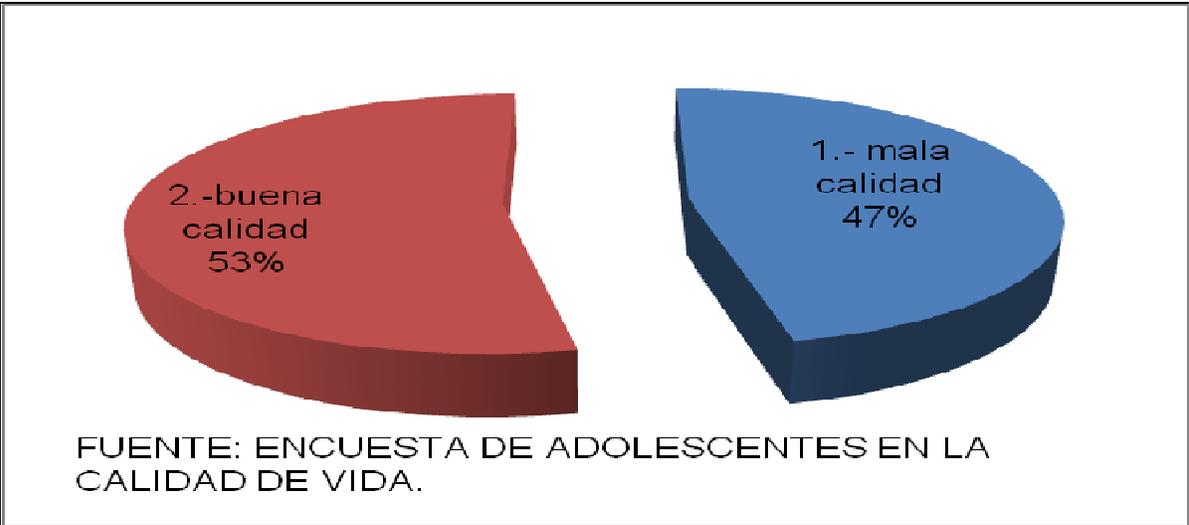
$X^2= 0.09$ $P=0.96$.

En el cuadro 4, se encuentra que no es estadísticamente significativa en cuanto a género.

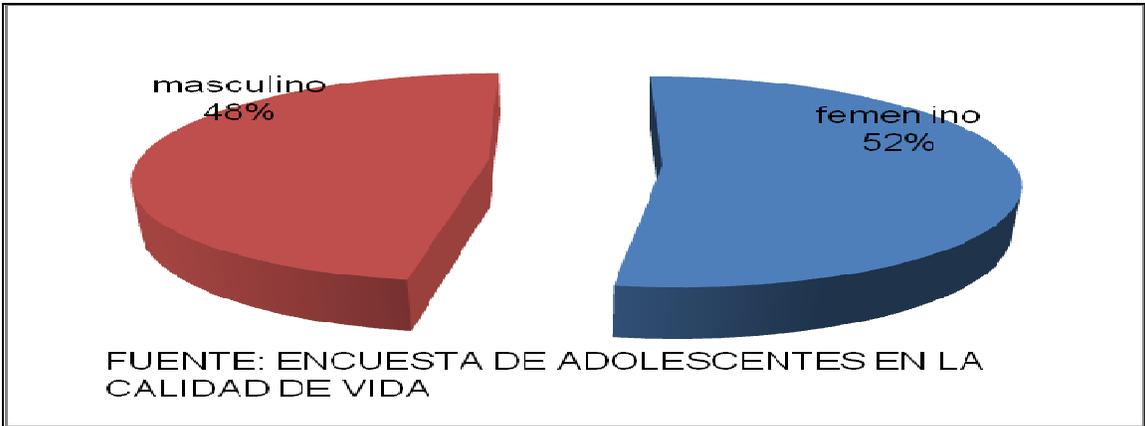
GRAFICA: 1 ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA SEGUNDA SECCION TAMULTE DE LAS SABANAS.



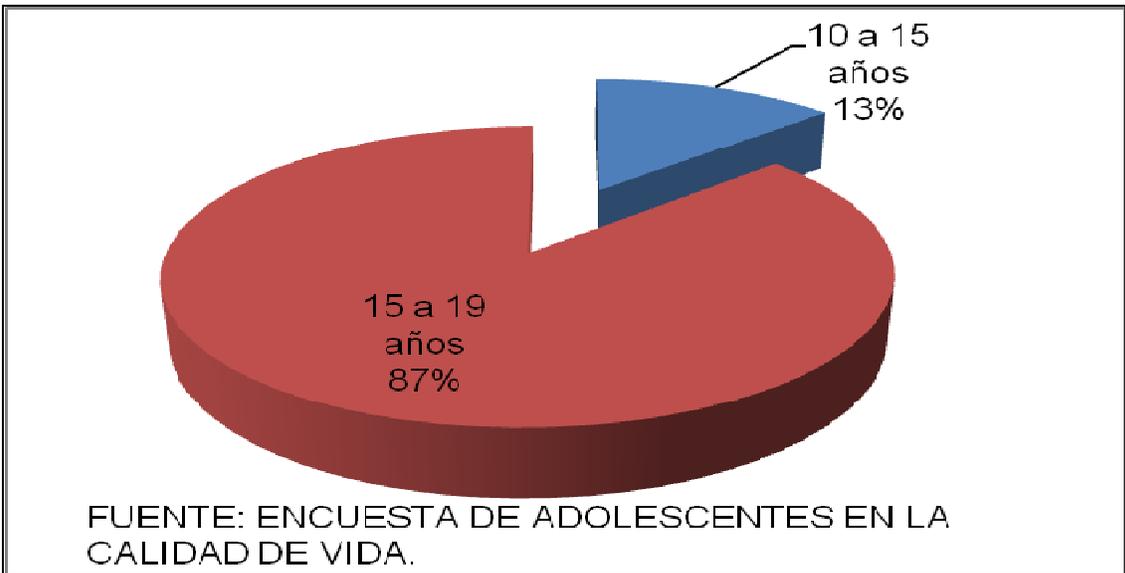
GRÁFICA 2: CALIDAD DE VIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA SEGUNDA SECCION TAMULTE DE LAS SABANAS.



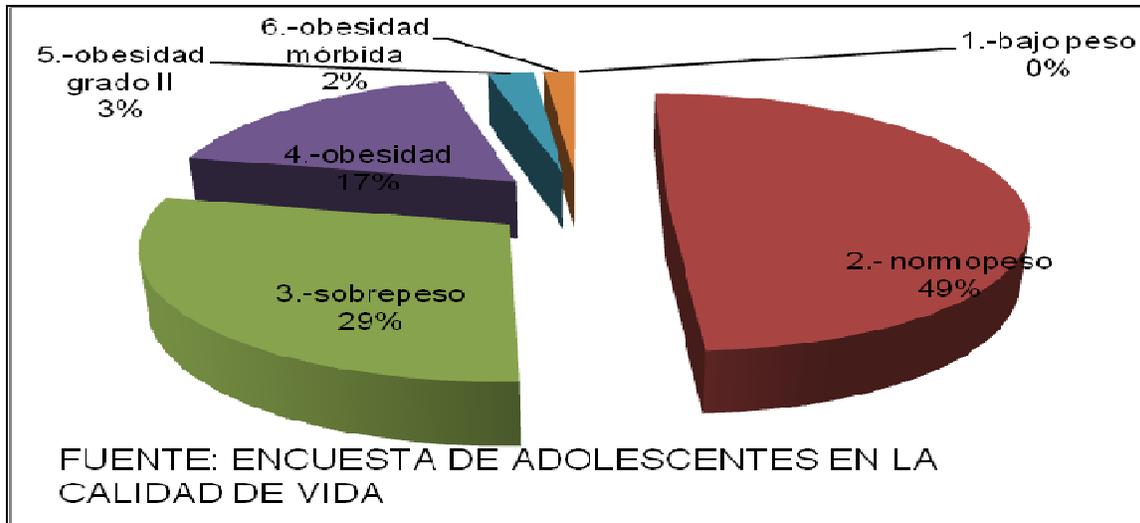
GRÁFICA 3: SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA SEGUNDA SECCION TAMULTE DE LAS SABANAS.



GRÁFICA 4: EDAD EN LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA SEGUNDA SECCION TAMULTE DE LAS SABANAS.



GRÁFICA 5: CLASIFICACION DEL INCREMENTO DE MASA CORPORAL EN LOS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES DE LA RANCHERIA BUENA VISTA SEGUNDA SECCION TAMULTE DE LAS SABANAS



DISCUSION

Dado que la Calidad de Vida implica en bienestar general en todos sus componentes: físicos, sociales, económicos, culturales, etc., ello implica que los sujetos desarrollan determinados hábitos comunes de vida o estilos de vida. La prevención de conductas de riesgo, el cuidado y promoción de la salud, es desarrollar la calidad de vida, ellas están definitivamente ligadas a los estilos de vida sociales, a la asunción de riesgo, a los hábitos diarios, y en conjunto al entorno social en el cual se desenvuelve la persona. En un estudio realizado en Colombia: calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográfica en adolescentes en Barranquilla, se encontró que la edad predominante era de 14 a 15 años (845) escolares, la calidad de vida relacionada con la salud muestra diferencia principalmente de género. Las mujeres presentaron mejor puntuación en salud general, rol emocional y vitalidad. Los varones presentaron mejor puntuación en función física, rol físico y función social e índice sumarial mental. En este estudio realizado en adolescentes de 10 a 19 años, a cerca de que la obesidad repercute negativamente en su calidad de vida, se encontró que la mala calidad de vida no hay diferencia en cuanto a sexo, pero si predomina el sexo femenino en cuanto a la buena calidad. En el estudio realizado por la psicóloga Bárbara Lorence de la Universidad de Sevilla, llamado la caracterización psicológica de los pacientes con obesidad mórbida; donde se estudiaron 31 pacientes con obesidad mórbida, ($IMC > 40$) que fueron atendidos en el Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla, encontró que los pacientes entrevistados, reconocen su enfermedad, aunque no son conscientes de la gravedad de la misma, un 80.7% no la consideró como una enfermedad grave; así también presentan niveles de autoestima similares a la de otras personas no enfermas. No está relacionada a un trastorno psiquiátrico concreto; las más insatisfechas con su vida fueron aquellas que tenían problemas para establecer relaciones positivas con las demás. En este estudio realizado en adolescentes, se encontró que los obesos presentan mayor índice de mala calidad de vida, en

comparación con los que están en sobrepeso; a su vez estos se encuentran con buena calidad de vida.

CONCLUSION

En este estudio, se examinaron los patrones de sobrepeso y obesidad en alumnos del programa de oportunidades en la Ranchería Buena Vista 2da. Secc. Tamulté de las sabanas, en el mismo, se documentaron las variables: edad, peso, sexo, escolaridad, IMC, calidad de vida.

Se concluye que la prevalencia de mala calidad de vida en adolescentes es del 47%, y estadísticamente no es significativa con la obesidad. Los resultados de éste estudio sugieren que los programas de prevención de obesidad y sobrepeso en México deben tener en cuenta más el entorno en que se desarrolla el adolescente, ya que a pesar de que existe obesidad, llama la atención en que no afecta su entorno familiar y social.

Las complicaciones para el niño con exceso de peso son variadas, tanto en el corto plazo, en que a menudo se observa: daño en la autoestima, dificultades de socialización, bajo rendimiento escolar, dislipidemia, alteraciones ortopédicas y hepáticas y cifras tensionales elevadas. En el largo plazo es factor de riesgo o favorecedor de diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y en consecuencia sufrir una deficiente calidad de vida provocada por una mayor frecuencia de morbilidad y probablemente mortalidad más temprana que lo esperado.

RECOMENDACIONES

La acción de prevención del sobrepeso y la obesidad debe promoverse conjuntamente en los ámbitos individuales, comunitarios y nacionales desde la perspectiva de estrategias eficaces en Salud Pública. Se requiere que los servicios Actuales de salud aborden esta problemática desde la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades que se pueden generar a partir del exceso de peso, evitando los elevados costos de servicios médicos especializados para asistir la morbilidad asociada a obesidad y el difícil acceso a los servicios por parte de los grupos poblacionales más vulnerables. Por ello se hace indispensable contar con políticas sólidas de prevención que estimulen el consumo de una dieta balanceada, la práctica de actividad física y acciones que eviten el consumo de alcohol a temprana edad; con participación directa del sector público y privado, la industria, sociedad civil y medios de comunicación, así como la intervención del vínculo familiar.

En la Ranchería Buena Vista 2da. Sección, Tamulté de las Sabanas, se implementó en conjunto con el servicio de nutrición, el programa de peso y talla a los adolescentes de 10 a 19 años, para la detección de sobrepeso y obesidad, así como su detección durante la consulta, iniciando de manera inmediata su control nutricional; de igual forma se involucra a los padres, en los talleres comunitarios sobre nutrición y prevención de enfermedades crónico-degenerativos, detección de factores de riesgos familiares. También se lleva acabo el programa de nutrición en menores de 9 años, implementado por la secretaría de salud, ya que como señalamos, el sobrepeso y la obesidad inicia a edades tempranas, influenciada por malos hábitos dietéticos. Con esto, tratar de disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Landa M., Artículo obesidad infantil, CONSUMER EROSKI. Vizcaya España; 2004 Octubre 4; vol.62, 1-4.
- 2.-Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad. NOM-174-SSA 1-1998.
3. Hernández B., Psic., Peterson Karen, y col. Sobrepeso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de cinco años en México. Salud pública Méx. 1996; vol. 38(3):178-188.
- 4.- Saavedra Carlos, Díaz Eric., Actividad física, condición física y obesidad, Unidad de Fisiología del Ejercicio. INTA, universidad de Chile.
- 5.- Fullerat A. Nutrición hospitalaria. Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto juvenil. V. 2004 n.4, 1-16.Madrid Julio-agosto.
- 6.- Pajuelo J, Pando R, Leiva M, Hdez. K, Infantes R. Anales de la facultad de medicina, Resistencia a la insulina en adolescentes con sobrepeso y obesidad. V.67 n.1. 1-8 Lima ene / mar. 2006.
- 7.-Berhman R, Jenson Hal B, Kliegman R. Tratado de pediatría de Nelson Mc. Graw- Hill. Interamericana 2001., 186-190.
- 8.- Saucedo molina T., Gómez Peresmitré G., Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de especificidad, Salud pública de México. Sep-Oct, vol. 40, número 005, 392-397.
- 9.- Fernández segura M. E. Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. Centro de salud de Salobreña, Granada. Mesa redonda. IV foro de pediatría de atención primaria de Extremadura.
- 10.-Organización Mundial de Salud (OPS/OMS). Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington, OPS, Serie Paltex numero 8, 1986.
- 11.- Merck y col. Trastornos de la nutrición y el metabolismo .Manual Merck 11ª edición, Secc. 12, cap.140.

- 12.-Santos Preciado JI, Villa Barragán JP, García Avilés MA. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública de México.2003, v.45
- 13.- Alpera Lacruz R, Fullana Montoro A, Momparler Carrasco P, Paredes Cencillo C, Quilez izquierdo J, Redondo Gallego MJ. Actuaciones de prevención y control del sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia en la comunidad valenciana., Junio 2004.
- 14.- Lorence Bárbara, Caracterización Psicológica de los pacientes con obesidad mórbida, Apuntes de Psicología, 26 (1), 51-68.
- 15.- Serra Mejem L, Rivas barba L, Anrraceta Bartrina J, Carmen Pérez R, Saavedra Santana P y Peña quintana L. Resultados del Estudio en Kid (1998-2000). Obesidad infantil y juvenil en España. Barcelona, España 2003,121 (19):725-732.
- 16.- Celis de la Rosa A, La salud del adolescente en cifras, Encuesta Nacional de Salud. Cuestionario de adolescentes, México 2000. Fuente: Secretaria de salud-instituto nacional de salud publica.
- 19.- Editor: Generalitat Valenciana. Prevención y control del sobrepeso y obesidad infantil en la comunidad Valenciana, 1ra. Edición, junio 2004.
- 20.- Martínez y Martínez Roberto. La salud del niño y del adolescente. JGH editores México, Ciencia y Cultura Latinoamericana, 7ma. Edición 2007:55-65.
- 21.- Dulanto Gutiérrez Enrique. Compendio del adolescente, México DF, McGraw-Hill. Interamericana, México, Sección II y III.
- 22.-Mc Pherson S, Torres MA. Revista Panamericana de Infectología, Comportamiento sobre sexualidad en adolescentes de un policlínico cubano, enero-abril 2002, del municipio Playa La Habana Cuba.
- 23.- Delgado E, Gamboa M, Barbosa N, López L, Quintero DC, Prevalencia de sobrepeso y Obesidad en adolescentes del municipio de Floridablanca, Colombia, publicación 01/04/07.
- 24.-Mac Simmermann, Desarrollo de los cambios físicos, y desarrollo integral de los adolescentes., Edición 2004, edit. Cultural S.A: 5, 44, 45, 59.

- 26.- Verdugo MA, Martín M., Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Agosto 2002, vol.25:68-77.
- 27.-Definiciones de calidad de vida. Wikipeda, la enciclopedia libre, [www.wikipedia.org/wiki/calidad de vida](http://www.wikipedia.org/wiki/calidad%20de%20vida).
- 28.-Rajimil L, Estrada M.D, Herdman M, Serra Sutton V., Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia, España. Gac. Sanit 2001; 15 (supl. 4): 34-43.
- 29.-Tuesca molina R, Centeno Romero H, de la Ossa Salgado M, García Delgado N, Lobo López J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes, Salud uninorte, Barranquilla Colombia, 2008; 24, (1):53-63.
- 30.-Colomer revuelta J. Infancia y adolescencia. Prevención de la obesidad infantil. Oct. 2004.
- 31.-The expert committee on clinical guidelines for overweight in adolescent Preventive services. Guidelines for overweight in adolescent preventive service.
- 32.-American Academy of Pediatrics. Committee on nutrition. Prevention of pediatric Overweight and obesity.
- 33.-Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud, Última reforma DOF 28-06-2005 [citado 16 Marzo 2006]. Disponible en www.cddhcu.go.mx/leyesbilbio/pdf/142.pdf.
- 34.-The World Medical Association, Declaración de Helsinki. [Citado 16 de Marzo 2006]Disponible en www.wma./epolicy/b3.htm.
- 35.- Mario Henry Rodríguez, Eduardo Lazcano, Bernardo Hernández Prado, Carlos Oropeza Abúndez. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.Resultados por entidad federativa, Tabasco

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar R/a. Buena Vista 2da. Secc. Tamulté de las Sabanas Centro, Tabasco

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Repercusión de la obesidad en la calidad de vida en pacientes adolescentes de 10 a 19 años

El objetivo del estudio es: Determinar si existe obesidad, repercute negativamente en la calidad de vida

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar el Test de calidad de vida en adolescente de Olson.

De acuerdo a los estatutos de la Asociación Médica Mundial sobre los principios bioéticos promulgados en la Declaración de Helsinki.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no corro ningún riesgo, inconveniente y molestia derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteo acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en la unidad de salud.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y que los resultados del mismo serán publicados con fines científicos. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, por lo que convengo en participar en este estudio de investigación

Nombre y Firma

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA PARA ADOLESCENTE

ESCALA DE RESPUESTA

Tacha según corresponda la respuesta.

Edad: 1).-10 a 15 2).- 15 a 19 peso: talla: IMC:

Sexo: 1).- femenino 2).- masculino.

Escolaridad: 1).- secundaria 2).- preparatoria

DE QUE MANERA TE SIENTES CON:	1 Insatisfecho	2 Algunas veces satisfecho	3 Generalmente satisfecho.	4 Muy satisfecho	5 Extremadamente satisfecho
TU VIDA FAMILIAR: 1.-TU FAMILIA					
2.-TUS HERMANOS Y HERMANAS.					
3.-NUMERO DE HIJOS EN LA FAMILIA.					
AMIGOS: 4.-TUS AMIGOS					
EXTENSIÓN FAMILIAR 5.-TUS RELACIONES SON RELATIVAMENTE CON (TÍOS, ABUELOS, ETC).					
SENTIMIENTOS: 6.- TUS SENTIMIENTOS.					
7.- SENTIR DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA.					
CASA: 8.- CUMPLIMIENTO CON REGLAS DE LA CASA (LUGAR DONDE VIVES).					
9.- RESPONSABILIDADES.					
EDUCACIÓN: 10.- TU SITUACIÓN ESCOLAR.					
TIEMPO LIBRE: 11.- EN CUANTO A TU TIEMPO LIBRE.					
12.-EN LO QUE USAS TU TIEMPO LIBRE.					
RELIGION:					

13.- LA VIDA RELIGIOSA DE TU FAMILIA.					
14.- LA VIDA RELIGIOSA DE LA COMUNIDAD.					
MEDIOS DE COMUNICACIÓN. 15.- LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE LA FAMILIA VE LA TELE.					
16.-LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE TV.					
17.- LA CALIDAD DE LA PELICULA.					
18.- LA CALIDAD DE PERIODICOS Y REVISTAS.					
BIENESTAR FINANCIERO- 19.- TU FAMILIA TE DOTA PARA PAGAR TUS NECESSIDADES.					
20.- TU FAMILIA TE DOTA PARA COMPRAR LUJOS.					
21.-CON LA CANTIDAD DE DINERO QUE GASTAS.					
VECINDARIO Y COMUNIDAD: 22.- LA DISPONIBILIDAD DE COMPRAR EN TU COMUNIDAD.					
23.- LA SEGURIDAD EN TU COMUNIDAD.					
24.-EL VECINDARIO DONDE VIVES.					
25.-RECREACIÓN (PARQUES, JUEGOS, PROGRAMAS, ETC).					