



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SONORA  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACION AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 CD. OBREGÓN, SONORA**

**VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD EN  
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

**TESIS**

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

**PRESENTA:  
PEDRO TREVIÑO GIL**

**EJ. ORTIZ, SONORA, MÉXICO; 2015**



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.

**VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD EN  
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

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

**PRESENTA:  
PEDRO TREVIÑO GIL**

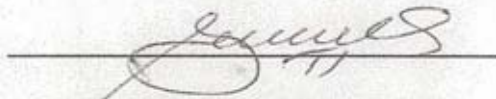
**AUTORIZACIONES**



\_\_\_\_\_  
DR. JOSÉ LUIS ROBLES GUTIÉRREZ  
ASESOR METODOLÓGICO Y DE TEMA



\_\_\_\_\_  
DRA. XÓCHITL ALICIA VIDAURRÁZAGA FLORES  
PROFESOR TITULAR CURSO ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 1. CIUDAD OBREGÓN, SONORA.



\_\_\_\_\_  
DRA. CELINA BARRERAS GIL  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF No. 1, IMSS, CIUDAD OBREGÓN SONORA.

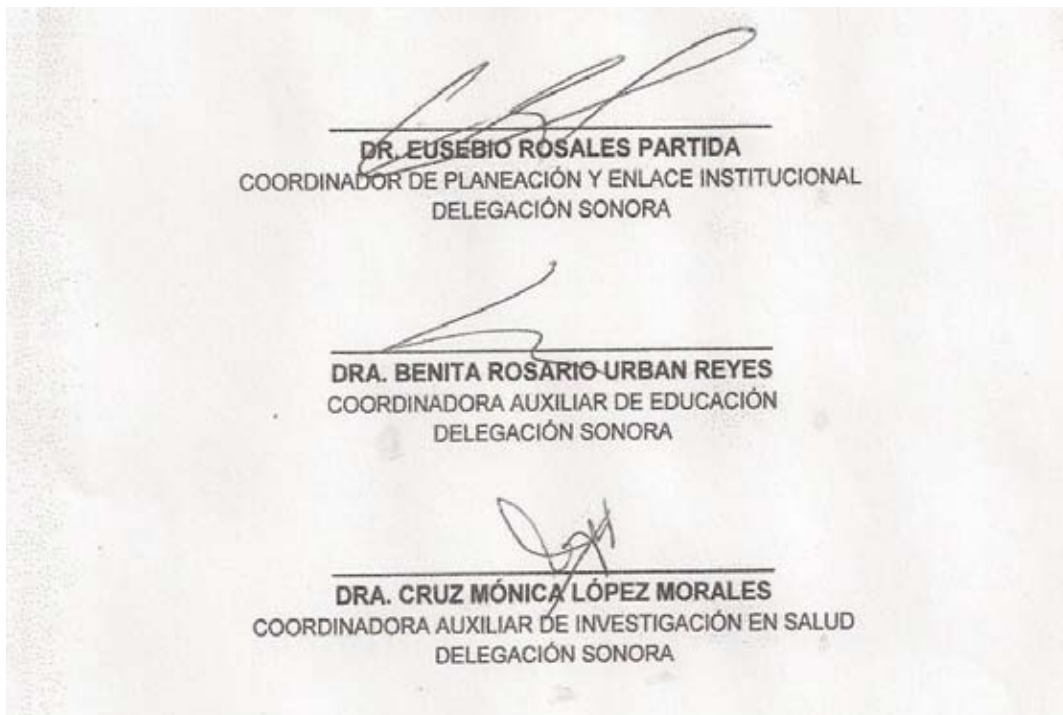
**CD. OBREGÓN, SONORA, MÉXICO; 2015**

**VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD EN  
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

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

**PRESENTA:  
PEDRO TREVIÑO GIL**

**AUTORIZACIONES**



**CD. OBREGÓN, SONORA, MÉXICO; 2015**

**VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD EN  
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

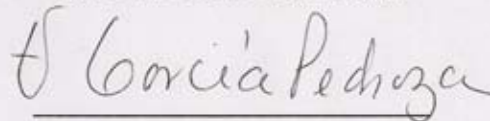
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
PEDRO TREVIÑO GIL



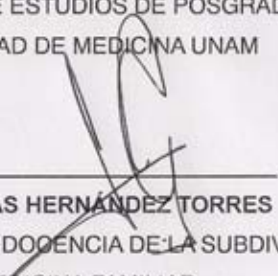
---

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



---

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



---

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Resumen</b>	
<b>II.</b>	<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>III.</b>	<b>Antecedentes</b>	<b>2</b>
<b>IV.</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	<b>15</b>
<b>V.</b>	<b>Justificación</b>	<b>16</b>
<b>VI.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>18</b>
<b>VII.</b>	<b>Material y métodos</b>	<b>19</b>
<b>VIII.</b>	<b>Instrumento</b>	<b>24</b>
<b>IX.</b>	<b>Resultados</b>	<b>28</b>
<b>X.</b>	<b>Discusión</b>	<b>32</b>
<b>XI.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>37</b>
<b>XII.</b>	<b>Bibliografías</b>	<b>40</b>
<b>XIII.</b>	<b>Anexos</b>	<b>45</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

**A LA VIDA QUE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE EMPRENDER ESTA PROFESIÓN TODOS LOS DÍAS, A LA GENTE QUE ME RODEA POR RECIBIR SUS BUENOS CONSEJOS Y EN GENERAL A MIS COMPAÑEROS DEL CURSO, POR ESA EMPATÍA Y ALEGRÍA DE CONTINUAR EN GRUPO Y ASÍ MISMO EL APOYO BRINDADO EN CADA UNA DE LAS SESIONES ACADÉMICAS.**

**AL DR. JOSE BERNARDO SEQUEIRA CARRION Y  
DR. JOSÉ DE JESUS BRAY URIAS  
POR SU APOYO INCONDICIONAL PARA CONTINUAR Y FINALIZAR CON  
ESTE PROYECTO DE SUPERACIÓN PROFESIONAL Y  
POR SU CONFIANZA HACIA MI PERSONA.**

**A LA DRA. LUZ DANIELA FIGUEROA BOJORQUEZ  
POR ESTAR A MI LADO EN EL FINAL DE ESTE PROYECTO  
T.Q.M.**

## **DEDICATORIA**

**A MI FAMILIA, QUE DESDE UN INICIO DE MI FORMACIÓN COMO  
PROFESIONAL SE MANTUVO CERCA DE MI, APOYANDOME SIEMPRE EN  
CUALQUIER PROYECTO Y GUIANDOME POR EL CAMINO DE LA SABIDURIA  
Y DEL BIEN QUE HACER.**

**A MIS PADRES, GUADALUPE GIL RONDERO Y PEDRO TREVIÑO GARCIA  
A MI HERMANA, NAYELY TREVIÑO GIL**

**AL DR. JOSÉ LUIS ROBLES GUTIÉRREZ  
POR SU APOYO, PACIENCIA, ENSEÑANZA Y AMISTAD**



## **I. Resumen**

Título: VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL.

**ANTECEDENTES:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina a la obesidad como la “epidemia del siglo XXI”. Los factores psicológicos participan de manera importante en el desarrollo y tratamiento del sobrepeso y obesidad. Frecuentemente se observan manifestaciones afectivas y cognitivas, como deterioro del autoconcepto y disminución de la autoestima.

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de autoestima en pacientes con obesidad en una unidad de Primer Nivel.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Se tomó una muestra significativa de 50 pacientes de 20 a 59 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Obesidad con base a su Índice de Masa Corporal (IMC), adscritos a la unidad de medicina familiar número 56 de Ortiz Sonora, aplicando el cuestionario de Rosenberg para valorar autoestima. Los resultados se procesaron en paquete estadístico SPSS versión 15, realizándose análisis mediante chi cuadrada.

**RESULTADOS:** Existe una relación estrecha entre obesidad y autoestima, la percepción de la imagen corporal y factores socioculturales, presentando un 36% de autoestima baja el género masculino sobre el 20% en el género femenino.

**CONCLUSIONES:** Las personas con obesidad presentan niveles bajos de estabilidad emocional y relaciones personales, con una percepción de la obesidad de acuerdo a sus influencias socioculturales y demográficas.

**Palabras clave:** Obesidad, Autoestima.

## **II. Introducción**

La obesidad comenzó a aparecer en el mundo como un problema sanitario de gran magnitud, y México no es la excepción, ya que es el segundo país a nivel mundial que cuenta con la mayor estadística de población obesa en la edad adulta, siendo esto un gran problema en materia de salud. En la actualidad la imagen corporal es altamente valorada en nuestra sociedad, es una percepción física de nosotros mismos y el pilar de la estabilidad emocional, particularmente en las mujeres. Podría reflejar una baja autoestima secundaria a una insatisfacción de la percepción de la propia imagen corporal, la autoestima se define como un componente afectivo de la actitud hacia uno mismo. Para la evaluación de esta en este estudio se utilizó la Escala de Rosenberg, para relacionarla con el grado de obesidad en pacientes con grupo de edad de 20 a 59 años, adscritos a la unidad médica de Ortiz, Sonora. Los resultados muestran que la autoestima baja es más acentuada en el grado I que en los grados II y III, observándose este fenómeno con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

### **III. Antecedentes**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina a la obesidad como la “epidemia del siglo XXI”.<sup>1</sup> Frecuentemente se observan manifestaciones afectivas y cognitivas, como deterioro del autoconcepto y disminución de la autoestima. En México la obesidad se considera como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos, por lo que es de suma importancia orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad.<sup>2</sup>

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, define a la Obesidad como una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>, es decir en la mujer adulta cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre menor de 1.60 metros.<sup>3</sup>

La obesidad comenzó a aparecer en el mundo como un problema sanitario de gran magnitud, tanto que la Asamblea Mundial de la Salud del año 1998, la declaró como una pandemia. Se calcula que en el mundo hay aproximadamente 350 millones de obesos y por encima del billón de gente con sobrepeso.<sup>4</sup>

La Comisión Internacional sobre la Obesidad (IOTF) estima que 22 millones de niños menores de 5 años tienen sobrepeso o son obesos. Algunos estudios sugieren que la obesidad infantil, después de los tres años de edad, se asocia con un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta.<sup>5</sup>

Las investigaciones más recientes indican que en el mapa genético de la obesidad existen más de 200 genes o marcadores locus con potencial de influir por alteración o disfunción en la génesis de la obesidad.<sup>6</sup>

En la actualidad, México y Estados Unidos, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30%). La obesidad es una enfermedad sistémica crónica y multifactorial, en donde el exceso de peso corporal es un proceso gradual que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético; en su origen, se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad. De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se estima que más de dos de tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020.<sup>1</sup>

En México, el Plan Nacional de Salud 2007-2012 refiere que el sobrepeso y la obesidad son dos de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población mexicana y el sistema de salud, y que se asocian con las principales causas de muerte en el país, como la diabetes, las enfermedades cardio y cerebrovasculares y el cáncer de mama, entre otras, responsables de alrededor

de 50 mil muertes directas al año. En derechohabientes del IMSS, la obesidad es mayor en mujeres (30.9%) que en los hombres (21.2%). Los datos son semejantes en la población general. Los individuos obesos sufren estigmatización social, discriminación y baja autoestima, por lo que la postura de la familia resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del afectado.<sup>7</sup>

Actualmente en México casi ocho de cada 10 adultos cursan con sobrepeso u obesidad acompañado de un estado inflamatorio crónico. El estilo de vida actual se caracteriza por ingerir mayor cantidad de alimentos (energía), realizar cada vez menos ejercicio y pasar muchas horas laborales y recreativas sin llevar a cabo algún tipo de actividad física (sedentarismo), lo cual contribuye al sobrepeso y la obesidad.<sup>8</sup>

Uno de los más grandes retos a los que se enfrenta la sociedad mexicana en materia de salud es el sobrepeso y la obesidad de sus habitantes, se han triplicado las cifras de obesidad debido en parte a un aumento desmedido del consumo de comida rápida y económica de alto contenido energético, consecuencia de la globalización y del desarrollo tecnológico, así como una vida cada vez más sedentaria, ha sido tal la magnitud del problema en nuestro país, que México ocupa el segundo lugar en obesidad general y el primero en obesidad infantil, según la última Encuesta Nacional de Salud en México (ENSANUT 2012), 22 millones de mexicanos presentan obesidad.<sup>9</sup>

La obesidad es un claro problema de salud en la región de las Américas y afecta de un cuarto a un tercio de su población. Dos factores que provocan obesidad son

el sedentarismo y una dieta hipercalórica. En los países desarrollados y en vías de desarrollo, tiene mayor prevalencia en la clase social baja. Esta prevalencia diferencial por clases sociales se puede atribuir a la presencia de unos valores de delgadez en las clases altas y medias con mucho menor peso que en las bajas, así como a una peor calidad de la alimentación en estatus socioeconómicos bajos, con una mayor participación de los carbohidratos en la proporción calórica, siendo las tortillas de maíz, frijoles, refresco, huevos, leche entera y salsas su composición esencial en México.<sup>10</sup>

La prevalencia de la obesidad no es igual en los diferentes estratos socioeconómicos ni por género. El sobrepeso y obesidad afectan más a las mujeres adultas que a los hombres, aumentando el riesgo después de los 20 años para ambos sexos. Otros estudios señalan que el sobrepeso de la madre está asociado de forma directa con el sobrepeso del hijo. Además, factores socioeconómicos, como el desempleo y el bajo nivel educativo, tienen un alto impacto en el desarrollo de la obesidad. El término *enfoque biopsicosocial*, ofrece una imagen holística de la conducta alimentaria, en el que se reconoce que esta conducta está mediada por variables fisiológicas, psicológicas y sociales, ya que la obesidad puede ser una condición crónica en la cual confluyen muchos factores, como hereditarios, nutricionales, socioeconómicos y psicológicos. En la dimensión psicológica de la obesidad se ha documentado la presencia en mujeres obesas de alteraciones en la percepción de la imagen corporal, síntomas depresivos en relación con el tamaño del cuerpo, bajo control de impulsos, mayor presencia de

insatisfacción corporal, perfeccionismo, obsesión por el peso, figura y alimentación, así como baja autoestima.<sup>11</sup>

Los ideales de belleza y la preocupación por el cuerpo varían considerablemente entre culturas. Se postula que tales diferencias se concretan, por ejemplo, en aspectos relacionados con el peso y la forma corporal. Un bajo nivel de satisfacción con la imagen corporal (valorable por la diferencia entre la imagen real y la que se considera como ideal) suele determinar una baja autoestima. La relevancia de todo ello es que la preferencia por un mayor volumen corporal, unido a una mejor autoestima, sería un factor protector frente a alteraciones de la conducta alimentaria. La satisfacción con la propia imagen corporal está relacionada con la personalidad, autoestima y niveles de ansiedad. El grado de satisfacción corporal determina en buena medida el nivel de autoestima de la persona con obesidad.<sup>12</sup>

La imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción).<sup>13</sup>

La preocupación por el peso en la población femenina no siempre debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal, puesto que en la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con su talla, lo cual provoca el

desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales desarrollarán un trastorno de la imagen corporal y eventualmente un desorden alimentario.<sup>14</sup>

Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud. El poco agrado con la apariencia física va asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, ansiedad interpersonal, hacer que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales y en general con una autoevaluación negativa. Además, si se permite que el problema avance, existe un riesgo elevado de desarrollar síntomas de trastornos en la alimentación. Dentro de los factores asociados directamente con la presencia de insatisfacción con el propio cuerpo, se encuentra el Índice de Masa Corporal (IMC). Las personas más delgadas son las que indican la percepción física más positiva, mientras que los que cursan con sobrepeso manifiestan peor insatisfacción.<sup>15</sup>

La actividad física aumenta la capacidad funcional, y busca superar y prevenir las adversidades provenientes de la propia existencia. También, se encuentra vinculada a la estética de la expresión corporal, objetivando una percepción de una mejor autoestima, así como el hecho de reconocer en su propio cuerpo la imagen ideal. La insatisfacción con la imagen y masa corporal está estrechamente asociada a la autoestima de las mujeres.<sup>16</sup>

En una sociedad como en la que actualmente vivimos, el trabajo se transforma en una herramienta de supervivencia y pueden existir diversos factores que afecten a



los trabajadores y a sus condiciones de trabajo, lo que puede influir, entre otros, en la satisfacción con la vida, en la satisfacción con el empleo, así como en la autoestima. Se ha demostrado que el nivel de autoestima es un fuerte predictor de nuestros logros o fracasos; puntuaciones altas favorecerán al desarrollo de habilidades y al nivel de seguridad personal. Estos factores, a su vez, se verán reflejados en la calidad del trabajo de los empleados; a mayor autoestima, mayor rendimiento y satisfacción, tanto con la vida, como con su puesto de trabajo. Una baja autoestima no solo repercutirá en la cantidad y la calidad del trabajo, sino que afectará a las relaciones sociales y laborales.<sup>17</sup>

La autoestima ha sido estudiada desde una perspectiva multidimensional que incluye elementos personales y sociales. En este sentido, se distingue entre "Autoestima Personal", referida a la evaluación positiva o negativa de los atributos personales tanto privados como interpersonales; y "Autoestima Colectiva", entendida como el grado en que una persona es consciente de evaluar su pertenencia a grupos o categorías sociales y destaca la importancia de la identidad grupal. La "Autoestima como rasgo" se refiere al producto de autoevaluaciones hechas sobre un periodo relativamente largo de tiempo; mientras que la "Autoestima como estado" es el producto de autoevaluaciones llevadas a cabo en el presente inmediato, y a consecuencia de experiencias vitales concretas. Estudios recientes analizan la autoestima desde la teoría de la Identidad Social, o la autoestima colectiva entendidas como rasgo o estado. Schooler, Schoenbach y Rosenberg (1995) exponen que la "Autoestima global" hace referencia a la propia imagen a nivel general, mientras que la "Autoestima

específica" se refiere a la autoimagen particular, con relación a un tipo concreto de evento o circunstancia. La "Autoestima personal" hace referencia al grado de estima que tiene la persona sobre sí misma. El autoconcepto y la autoestima aparecen como componentes psicológicos fundamentales de la calidad de vida durante la adultez mayor y del bienestar personal. La autoestima ha sido propuesta como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población mayor. Se considera la autoestima como predictor de la calidad de vida en las personas mayores sobre la base de una alta autoestima familiar y social y una baja autoestima intelectual, física y emocional. La autoestima también se ve reforzada por el apoyo social, de manera que mientras más extensa sea la red de apoyo social, mejor autoestima mantiene la persona mayor.<sup>18</sup>

La autoestima es un concepto relacionado ampliamente con el bienestar general de la persona, lo que sugiere que podría ser un buen indicador de la salud mental. Diversas investigaciones han confirmado la relación inversa entre autoestima y síntomas depresivos, obsesivos compulsivos y ansiosos. Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, pero uno de los más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), que ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas.<sup>19</sup>

De acuerdo con Rosenberg, la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia sí mismo, por lo que cuando una persona dice que posee una elevada autoestima, dice que se respeta a sí mismo.<sup>20</sup>

La autoestima es una faceta de la personalidad: la actitud valorativa que una persona tiene hacia sí mismo, o el componente afectivo de la actitud hacia uno mismo, que puede ser básicamente de aprecio y respeto o de menosprecio y rechazo, favorable o desfavorable. Expresa los aspectos valorativos de la identidad personal, siendo recogidos los aspectos perceptivos del sí mismo en el constructo cercano de "autoconcepto". Es muy clara la asociación entre autoestima y trastornos afectivos. De hecho, la autoestima es, al mismo tiempo, un síntoma de depresión y un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de Depresión Mayor y lo es en todas las franjas de edad adulta. La baja autoestima se asocia a psicopatología, la alta autoestima es considerada un factor de protección frente a ella, una variable relacionada con el bienestar psicológico, un aspecto en definitiva de la personalidad resistente.<sup>21</sup>

La autoestima se ha asociado a rasgos de agencia, orientación hacia la independencia, orientación al logro y falta de afecto negativo, neuroticismo, extraversión y estilo de apego romántico.<sup>22</sup>

Las dificultades de las personas con obesidad, visto desde el punto de vista psicológico es entre otros: mirarse y ser mirado; la imagen corporal y la relación con la comida como reguladores casi exclusivos de la autoestima; el manejo de la emocionalidad y algunos procesos orgánicos fuera de control.<sup>23</sup>

Sánchez y colaboradores en 2006, encontraron relación entre una pobre salud física y niveles bajos de autoestima. Se realizaron estudios en la comunidad de Madrid, con una muestra de 500 sujetos tomados al azar, tomando en cuenta sus

categorías demográficas, nivel socioeconómico, trabajo y amas de casa. Se utilizaron algunos instrumentos para su realización, entre ellos el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Satisfacción Autopercebida y Cuestionarios de Medida de la Salud Física. Las pruebas se administraron individualmente en sesiones de una hora de duración en las que todas las personas participaron de forma voluntaria. Entre los resultados se encontró que en el caso de las mujeres está concentrada sobre todo una ansiedad fisiológica, mientras que en el caso de los hombres se divide en ansiedad fisiológica, ansiedad motora, ansiedad cognitiva, autoestima y satisfacción vital.<sup>24</sup>

Moreno y Ortiz en 2009, definen a la Autoestima como "una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social", de modo que una de las principales funciones que se atribuyen a la autoestima es la protección de la exclusión social, esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión. Se realizó estudio en Xalapa, Veracruz México (2009) en donde la muestra fue conformada por 298 adolescentes, utilizando los siguientes instrumentos: Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel, evalúa las características anoréxicas, el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper, determina los niveles de insatisfacción con la imagen corporal y preocupación por el peso y el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para Alumnos de Enseñanza Secundaria (CEA) de García que refiere las cualidades propias de la autoestima.

Se aplicaron los cuestionarios en los salones de clases registrando las medidas antropométricas correspondientes. Se detectó riesgo de trastorno alimentario en el 4% de los hombres y el 12% de las mujeres y la patología ya instalada en un 10% en ambos sexos, así mismo la preocupación con su imagen corporal muestra una tendencia mayor en las mujeres en el 17%, y en cuanto al hombre en un 7% de los casos. En cuanto a su autoestima los casos se concentran más en el nivel medio en ambos sexos y ambos coinciden en un 10% de los mismos, en los niveles bajos. La imagen corporal y la autoestima muestran una relación significativa negativa, lo que indica que a mayor preocupación con la imagen corporal, menor autoestima.<sup>25</sup>

Amaya y colaboradores en 2010, realizaron una búsqueda de artículos del 20 al 23 de febrero del año 2009 en las bases de datos de MEDLINE, PsycINFO y Science Direct, con el objetivo de analizar que estudios han examinado la insatisfacción corporal a la luz de las influencias socioculturales en tres diferentes poblaciones de varones: niños, adolescentes y adultos. Se realizaron cuatro investigaciones experimentales, entre ellos un cuasiexperimental, mientras que los 40 artículos restantes fueron no experimentales, entre los cuales se encontraban 29 de corte transversal, 10 longitudinales y un estudio que consideró ambos diseños, transversal y longitudinal. Estas revisiones fueron realizadas principalmente en Estados Unidos, Australia, Inglaterra y Turquía, tomando una muestra entre un rango de 40 a 2516 participantes, la media de dicho rango es 464 y la mediana de 199 participantes. Entre los instrumentos reportados para evaluar la insatisfacción corporal se encuentran la subescala de insatisfacción

corporal del Eating Disorders Inventory de Garner, Olmsted & Garfinkel y del Eating Disorders Inventory-2 de Garner, Body Image and Body Change Inventory de Ricciardelli & McCabe, los cuales reportan una consistencia interna que se sitúa entre buena (0.80) y excelente (0.98), mientras que los más nombrados para evaluar la autoestima fueron Rosenberg Self-esteem Scale de Rosenberg, Self-Perception Profile of Children de Harter, y el Self-Description Questionnaire que cuentan con una consistencia interna que va de adecuada (0.67) a buena (0.82). En los resultados encontrados considerando la edad y el IMC se observó que éstas correlacionaron positivamente con la insatisfacción corporal, mientras que la autoestima se correlacionó negativamente, en muestras de pre-púberes. Por lo cual es importante iniciar investigaciones en países en vías de desarrollo como México.<sup>26</sup>

Bravo del Toro y colaboradores en 2011, “proponen que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establecen que una mejora de la misma en los pacientes con obesidad proporciona un seguro a la capacidad para que desarrollen más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso”. Se realizó un estudio en el Centro de Diagnóstico Clínico Integral del Área de Apoyo Psicológico de la Universidad del Valle de México, con diseño cuasiexperimental con una muestra integrada por 60 pacientes con un rango de edad entre los 30 a 40 años con diagnóstico médico de Obesidad, aplicando el P-IPG (Perfil-Inventario de la Personalidad de Gordon), la cual evalúa la personalidad del individuo mediante nueve rasgos significativos en el funcionamiento diario de la persona. Dicho

instrumento fue validado en México por Martínez, Romero y Trejo. Se muestra que los sujetos con obesidad tienden a exhibir niveles bajos de estabilidad emocional y sociabilidad entre otros, por ende se puede manejar en la intervención psicológica tales aspectos con la ansiedad, la depresión y los rasgos de personalidad que se ven afectados debido a una autoimagen disminuida, ya que la obesidad es también un factor que interviene en la funcionalidad emocional del sujeto determinadamente para su interacción con los demás, la realización personal y el estado de ánimo.<sup>27</sup>

Por tanto, en este estudio se intenta justificar como la variable autoestima es un factor determinante a la hora de perder peso comprobando que la baja autoestima es causa y consecuencia del exceso de peso.<sup>28</sup>

#### **IV. Planteamiento del problema**

La adolescencia se considera como una etapa de la vida crítica durante la cual la autoestima se sitúa como lugar central de la construcción de la propia identidad, por lo que niveles bajos de autoestima, pudiesen condicionar trastornos psicológicos.<sup>29</sup>

La autoestima es un juicio personal que tiene de sí mismo una persona; es una experiencia subjetiva que el individuo expresa verbalmente, una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, de timidez y ansiedad social.<sup>30</sup>

La obesidad es una enfermedad compleja, con serias dimensiones psicológicas y sociales, por lo que la insatisfacción con la imagen corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad, depresión y baja autoestima.<sup>31</sup>

La inexistencia de políticas de salud encaminadas a la prevención de la obesidad puede ocurrir por distintos factores, ya que no es vista como una enfermedad por muchos pacientes y la sociedad discrimina a estas personas, así mismo a los profesionales de la salud que los atiende y los recursos empleados en su atención, por lo tanto, la prevalencia de obesidad en América Latina varía del 20 al 35%.<sup>32</sup>

En los registros estadísticos de la población que es atendida en la UMF 56 de Ortiz la prevalencia de pacientes con algún grado de obesidad fluctúa en un 10% de la población total. Por lo que surge el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es el nivel de autoestima en pacientes con obesidad en una unidad de primer nivel?**



## **V. Justificación**

La autoestima está relacionada con la satisfacción de la apariencia física, por lo que es importante determinar el nivel de Autoestima en el paciente con Obesidad en una unidad médica de primer nivel, debido a que actualmente se observa a nivel mundial y en nuestro país un aumento exponencial del fenómeno. Derivado de ello existe un incremento en la frecuencia de patologías propiciadas por este factor de riesgo, presentándose a temprana edad enfermedades crónicas degenerativas, mismas que generan para poder atender las demandas de atención a la propia enfermedad como a sus complicaciones.

Al tratar el estado anímico del paciente mediante una visión integradora, representa una motivación personal para realizar a diario cualquier actividad que quiera desempeñar, sobresalir ante los demás y disminuir las enfermedades por consecuencia, por tal motivo podría disminuir la incidencia y los costos, tanto institucionales como familiares, ya que este padecimiento tiene repercusiones de salud y económicas que afectan el núcleo familiar.

Es factible ya que en la unidad de medicina familiar número 56 de Ortiz, se tiene un índice de obesidad del 32 % en la población adscrita.

Las aportaciones a la comunidad se centran en el apoyo familiar, aporte de conocimientos acerca de la obesidad como una situación actual de riesgo, y manejo de la autoestima, ya que es un factor que contribuye de manera directa a la obesidad, e interfiere el apego al tratamiento, sobre todo en los cambios de estilo de vida, favoreciendo e incrementando el sedentarismo, complicando con

esto el bienestar general de la persona, provocando aumento de peso y discriminación de la sociedad, por lo que posterior al estudio, se propondrán medidas de intervención que permitan el control de la Autoestima.

## **VI. Objetivos del Estudio**

### **Objetivo general:**

- Determinar el nivel de autoestima en pacientes con obesidad en una unidad de Primer Nivel.

### **Objetivos específicos:**

1. Medir los pacientes por género y edad su nivel de autoestima.
2. Identificar el grado de obesidad por grupo de edad y género.

## VII. Material y métodos

### 7.1 Tipo de estudio:

Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

### 7.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

El estudio se realizó en el consultorio médico de la unidad de medicina familiar No. 56 de Ortiz municipio de Guaymas, Sonora. La población seleccionada está adscrita a la unidad y está conformada por trabajadores del campo, maquiladores y amas de casa con domicilio conocido en el ejido.

### 7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra:

Para el cálculo del intervalo de la muestra se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$nM = \frac{U}{M}$$

$$nM = \frac{90}{50}$$

$$nM = 1.8 (2)$$

U = universo de trabajo

M = muestra requerida

Para iniciar la selección se tomó cada 2 pacientes del censo de obesos, iniciando con el número 1 el cual fue escogido al azar hasta completar el número requerido de 50 pacientes para el estudio.

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(90)(1.96)^2 (.10) (.66)}{(0.05)^2 (90) + (1.96)^2 (.10) (.66)}$$

$$n = \frac{(90)(3.8416)(.10)(.66)}{(0.0025)(90) + (3.8416)(.10)(.66)}$$

$$n = \frac{22.819104}{0.225 + 0.2535456}$$

$$n = \frac{22.819104}{0.4785456}$$

$$n = 47.6842$$

N = POBLACION TOTAL 90

$Z_{\alpha^2} = 1.96$  (SEGURIDAD 95%)

p = PROPORCIÓN ESPERADA (10%)

q = 1 – p (.66)

d = PRECISIÓN 5%

n = TAMAÑO DE LA MUESTRA

Pérdidas 10% = 4.7

Representado por 90 Pacientes entre 20 y 59 años de ambos sexos, con diagnóstico de Obesidad por IMC, adscritos a la UMF No. 56 Ortiz.

#### **7.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación:**

##### **Criterios de Inclusión:**

- Ser Derechohabiente vigente adscrito a la unidad de trabajo
- Que acepte participar en la encuesta
- No estar bajo tratamiento psiquiátrico

##### **Criterios de Exclusión:**

- Embarazo
- Que sea portador de enfermedades Crónicas
- Que se encuentre bajo tratamiento para bajar de peso

- Analfabetismo

**Criterios de Eliminación:**

- No terminar completamente la encuesta
- Cambio de Adscripción durante el periodo de estudio
- Padeecer trastornos del estado de ánimo con o sin tratamiento psiquiátrico.

**7.5 Información a recolectar y variables a recolectar:**

**Independiente: Grado de Obesidad**

**Definición conceptual:** Trastorno multifactorial con alteración del peso normal para un adulto de acuerdo a los valores estándar.

**Definición operacional:** Determinación de Índice de Masa Corporal y estadificar el grado de obesidad (medición de peso y talla).

**Dependiente: Nivel de autoestima**

**Definición conceptual:** La autoestima se comprende como un conjunto de pensamientos o sensaciones dirigidas hacia nosotros mismos.

**Definición operacional:** Medir la Autoestima por medio del cuestionario de Rosenberg, se clasificará según el puntaje resultante en Autoestima sobrevalorada (30 a 40 puntos), Autoestima adecuada (26 a 29 puntos) y Autoestima baja (10 a 25 puntos).

Grados de Obesidad según la interpretación del Índice de Masa Corporal (IMC)

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$$

**Obesidad I = 30.00 a 34.99**

**Obesidad II = 35.00 a 39.99**

**Obesidad III = + 40.00**

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicador</b>
<b>Dependiente Nivel de Autoestima</b>	<b>Cualitativa</b>	<b>Intervalares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sobrevalorada</b></li> <li>• <b>Adecuada</b></li> <li>• <b>Baja</b></li> </ul>
<b>Independiente Grado de Obesidad</b>	<b>Cualitativa</b>	<b>Intervalares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grado I</b></li> <li>• <b>Grado II</b></li> <li>• <b>Grado III</b></li> </ul>

### **Variables Socio demográficas:**

#### **Edad:**

**Definición Conceptual:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la actualidad.

**Definición Operacional:** Edad expresada en años. El dato se tomará de los registros del expediente clínico.

#### **Género:**

**Definición Conceptual:** Conjunto de los aspectos sociales de la sexualidad.

**Definición Operacional:** Hombre o Mujer.

#### **Ocupación:**

**Definición Conceptual:** Actividad que desempeña.

**Definición Operacional:** Ama de casa, obrero, estudiante, desempleado.

### **7.6 Método o procedimiento para captar la información:**

Se realizó el estudio a 50 pacientes de 20 a 59 años de ambos sexos con diagnóstico de Obesidad con base a su Índice de Masa Corporal (IMC), adscritos a la UMF No. 56 de Ortiz Sonora, aplicando el cuestionario de Rosenberg para

valorar el nivel de autoestima, que consta de 10 reactivos con puntuación como escala tipo Likert. El estudio se realizó en Noviembre 2012, aplicando consentimiento informado y encuesta a cada uno de los seleccionados, posteriormente se procedió a la captura de datos en paquete estadístico SPSS versión 15, para la elaboración de los resultados y tablas con los datos obtenidos.



## VIII. Instrumento de medición

Para la evaluación de la Autoestima Rosenberg confeccionó y validó un instrumento (Escala de Autoestima de Rosenberg) con una consistencia por Alpha de Cronbach de 0.87, la cual consta de 10 ítems mediante escala de Likert, utilizado en diversos estudios presentando una confiabilidad sobre 0.75. Esta escala de Autoestima de Rosenberg, se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). La puntuación total por tanto, oscila entre 10 y 40. El cuestionario o test de Rosenberg consta de 10 reactivos. La puntuación alta (30 a 40 puntos) reflejaría autoestima sobrevalorada. La puntuación intermedia (26 a 29 puntos) muestra a una persona con autoestima adecuada. La puntuación baja (10 a 25 puntos) nos muestra a una persona con baja autoestima con riesgo a la devaluación y la depresión.<sup>33</sup>

### **Validez del instrumento:**

Para el conjunto de la muestra en la consistencia interna el co-eficiente *alpha* de Cronbach muestra una puntuación de 0.87. La fiabilidad temporal para un intervalo de dos meses, realizada a partir de 44 sujetos, muestra una correlación sustancial y significativa, con una  $r= 0.72$ , no existiendo diferencias de medias entre ambas aplicaciones ( $t= 1.129$ ,  $g.l=43$ , significación bilateral = 0.265). En cuanto a la

fiabilidad para un intervalo de un año, obtenida igualmente a partir de un grupo de 44 sujetos, la correlación obtenida es asimismo sustancial y significativa, con una  $r= 0.74$ , sin que existan diferencias de medias ( $t= 0.033$ ,  $g.l. = 43$ , significación bilateral 0.97). Existe por lo tanto, para ambos intervalos temporales, no sólo de correlación, sino concordancia entre las puntuaciones de una y otra aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, mostrando consistencia interna ( $alpha=0.87$ ) y puntuaciones que oscilan entre 0.77 y 0.88.<sup>34</sup>

La fiabilidad temporal, tanto para dos meses ( $r=0.72$ ) como para un año ( $r=0.74$ ), es claramente satisfactoria, especialmente si consideramos que una correlación de 0.69 es aceptable para un intervalo de un mes (Cronbach, 1970).<sup>35</sup>

### **Análisis de la información**

Para el procesamiento de los resultados se utilizó paquete estadístico SPSS versión 15, utilizando la prueba de chi cuadrada.

### **Aspectos éticos**

Se respetan las normativas tanto institucionales, y se utilizaron instrumentos avalados por un comité local de investigación, el cual evaluó tanto aspectos técnicos como éticos, mismos que están alineados con reglamentos e iniciativas legales vigentes en los Estados Unidos Mexicanos, como lo es el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Considerándose una investigación sin riesgo (categoría I), en donde se respetan los principios

fundamentales de la ética médica con base a sus principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. No existen conflictos de interés en la realización del estudio. Así mismo se respetan los principios éticos emanados de la declaración de Helsinki como son:

El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. El propósito principal es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de quien participa en investigación.

Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos, costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación, haciendo referencia a las consideraciones éticas que fueran del caso.

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria, aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su

consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

Para la obtención de la información derivada del presente estudio, se consideraron aspectos éticos, dentro de los cuales se contemplan el respeto de la decisión libre del derechohabiente para la inclusión a la investigación solicitando su consentimiento por escrito en donde se estipulan objetivos, justificación, repercusiones, uso de la información, y beneficios de los participantes. No teniendo ningún tipo de consecuencia para quien decida no participar o retirarse en algún momento durante el desarrollo del trabajo. De la misma forma se respeta la individualidad de las personas al contemplar instrumentos o encuestas de carácter anónimo.

## IX. Resultados

En el presente estudio se observó la relación que existe entre la obesidad y el nivel de autoestima, respecto al género femenino se puede mencionar que se presenta una mayor sobrevaloración de la autoestima al contar con el 40% de los casos en obesidad grado I, mientras que en el género masculino se observó el 32% de los casos en obesidad grado I, también se refleja una disminución de la autoestima sobre el género masculino con una obesidad grado II un total del 12% sin presentar un caso el género femenino, al contrario en la obesidad grado III, en donde el género femenino presenta un 12% sin presentar un caso el género masculino.

<b>Valoración de la Autoestima por grado de Obesidad</b>						
<b>AUTOESTIMA</b>	<b>OBESIDAD</b>					
	<b>GRADO I</b>		<b>GRADO II</b>		<b>GRADO III</b>	
	<b>GENERO</b>		<b>GENERO</b>		<b>GENERO</b>	
	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
	(n=18)	(n=16)	(n=5)	(n=4)	(n=2)	(n=5)
	% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)
<b>SOBREVALORADA</b>	<b>32 (8)</b>	<b>40 (10)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>12 (3)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>8 (2)</b>
<b>BAJA</b>	<b>24 (6)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>12 (3)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>12 (3)</b>
<b>ADECUADA</b>	<b>16 (4)</b>	<b>16 (4)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>72(18)</b>	<b>64 (16)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>16 (4)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>20 (5)</b>

Fuente: Encuestas en la unidad de medicina familiar número 56 Ortiz Sonora. Noviembre 2012

n= Paciente.

\*Chi cuadrada Valor 2.660

\*p=0.616

Al comparar la autoestima por grupo de edad y género se identificó que el grupo más afectado es el de 30-39 años de edad comprendiendo el nivel de autoestima sobrevalorada con un 24% sobre el género masculino y un 12% sobre el género femenino, sin embargo, se presenta un dato importante sobre la autoestima baja en la edad de los 50-59 años en el género masculino con un 20%.

<b>Valoración de la Autoestima por grupo de edad y género</b>						
<b>GRUPO DE EDAD<sup>(*)</sup></b>	<b>AUTOESTIMA</b>					
	<b>SOBREVALORADA</b>		<b>BAJA</b>		<b>ADECUADA</b>	
	<b>GENERO</b>		<b>GENERO</b>		<b>GENERO</b>	
	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
	<b>(n=11)</b>	<b>(n=15)</b>	<b>(n=9)</b>	<b>(n=5)</b>	<b>(n=5)</b>	<b>(n=5)</b>
	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
<b>20 - 29</b>	<b>8 (2)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>4 (1)</b>
<b>30 - 39</b>	<b>24 (6)</b>	<b>12 (3)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>8 (2)</b>
<b>40 - 49</b>	<b>8 (2)</b>	<b>16 (4)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>12 (3)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>4 (1)</b>
<b>50 - 59</b>	<b>4 (1)</b>	<b>12 (3)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>4 (1)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>44 (11)</b>	<b>60 (15)</b>	<b>36 (9)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>20 (5)</b>

Fuente: Encuestas en la unidad de medicina familiar número 56 Ortiz Sonora.

Noviembre 2012

(\*) Años

n= Paciente

Al determinar el grado de obesidad y grupo de edad, se aprecia que los pacientes con rangos de edad de 30-39 años presentan una obesidad grado I, siendo para el género masculino un 28% sobre un 20% en el género femenino con una disminución hacia los 40-49 años pero con un aumento en el grupo de edad entre los 50-59 años con un 24% sobre el género masculino y un 12% sobre el género femenino.

<b>Grados de Obesidad por grupo de edad y género</b>						
<b>GRUPO DE EDAD<sup>(*)</sup></b>	<b>OBESIDAD</b>					
	<b>I</b>		<b>II</b>		<b>III</b>	
	<b>GENERO</b>		<b>GENERO</b>		<b>GENERO</b>	
	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
	<b>(n=18)</b>	<b>(n=16)</b>	<b>(n=5)</b>	<b>(n=4)</b>	<b>(n=2)</b>	<b>(n=5)</b>
	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
<b>20 - 29</b>	<b>12 (3)</b>	<b>16 (4)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>30 - 39</b>	<b>28 (7)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>8 (2)</b>
<b>40 - 49</b>	<b>8 (2)</b>	<b>16 (4)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>8 (2)</b>
<b>50 - 59</b>	<b>24 (6)</b>	<b>12 (3)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>4 (1)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>72 (18)</b>	<b>64 (16)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>16 (4)</b>	<b>8 (2)</b>	<b>20 (5)</b>

Fuente: Encuestas en la unidad de medicina familiar número 56 Ortiz Sonora.

Noviembre 2012

(\*) Años

n= Paciente

Tomando en cuenta el nivel de autoestima y el género en su conjunto sobre todos los grupos de edad de los 20-59 años, observamos que en el género masculino se presenta un mayor índice de autoestima baja correspondiente al 36% sobre el género femenino que es del 20%, se muestra un porcentaje igual en ambos géneros del 20% correspondiente a la autoestima adecuada, así mismo se presenta un aumento de autoestima sobrevalorada en género femenino del 60% respecto al género masculino que es del 44%.

<b>Nivel de Autoestima por género</b>			
<b>AUTOESTIMA</b>	<b>GENERO</b>		
	<b>MASCULINO</b> <b>(n=25)</b> <b>% (Fr)</b>	<b>FEMENINO</b> <b>(n=25)</b> <b>% (Fr)</b>	<b>TOTAL</b> <b>(n=50)</b> <b>% (Fr)</b>
<b>SOBREVALORADA</b>	<b>44 (11)</b>	<b>60 (15)</b>	<b>52(26)</b>
<b>BAJA</b>	<b>36 (9)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>28(14)</b>
<b>ADECUADA</b>	<b>20 (5)</b>	<b>20 (5)</b>	<b>20(10)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100 (25)</b>	<b>100 (25)</b>	<b>100 (50)</b>

Fuente: Encuestas en la unidad de medicina familiar número 56 Ortiz Sonora.

Noviembre 2012

n= Paciente



## **X. Discusión de resultados**

Al analizar los datos obtenidos durante el trabajo de campo encontramos que se observa relación entre imagen corporal y autoestima, es decir la percepción que mostramos hacia los demás, siendo el género femenino la principal preocupante de esto. Estos datos son similares a los referidos por Sánchez y colaboradores 2006 que encontraron relación entre una pobre salud física y niveles bajos de autoestima, en relación al nivel socioeconómico y demográfico, donde el género femenino está más relacionado a la ansiedad que conlleva un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria y por consiguiente tiende más a subir de peso reflejando una autoestima baja.<sup>24</sup>

La razón de esto está ampliamente relacionada con la imagen corporal, ya que es un potencial mediador de la relación entre obesidad, depresión y baja autoestima, sin embargo dado los resultados obtenidos, no son estadísticamente significativos, es decir que ambas variables no influyen de manera directa en la investigación.

En el presente estudio se encontró que en general el género masculino es mayormente afectado con una autoestima baja en un 36%, secundario a la edad en donde se muestra que a partir de los 50 años aumenta el número de casos con respecto a la mujer.

Lo que es contrario a lo reportado por Sánchez en 2006, la explicación de ello además de la edad, interfiere el ambiente sociocultural y la población en estudio. En particular en este caso, podría explicar el fenómeno que en los individuos en estudio pertenecen al área rural, lo que podría interferir en la percepción de la

imagen corporal, por ser gente sencilla que su principal preocupación es el sustento diario que el mostrar una imagen estética.

Específicamente entre los 30 años en ambos géneros encontramos que la mujer se documenta con ansiedad y trastorno alimentario, esto favorece el desarrollo de baja autoestima, en relación al grado de obesidad.

Por otro lado, Moreno y Ortiz en 2009, hace mención que la preocupación de la imagen corporal es mayor en la mujer en un 17% de los casos contra un 7% de los hombres, se encuentra que a pesar de esto, sigue siendo la mujer en donde mayormente se presentan los trastornos alimentarios en un 12%, contra un 4% de los hombres, lo que se relaciona a la baja autoestima con la insatisfacción de la imagen corporal.<sup>25</sup>

Sin embargo, en nuestro estudio, los resultados obtenidos por medio del instrumento la Escala de Autoestima de Rosenberg, muestran que el género masculino presenta un mayor índice de autoestima baja con un 36% de los casos comparado con 20% en la mujer de manera general, muy diferente a lo encontrado por Moreno y Ortiz en su estudio, quizás esta diferencia se deba a su perspectiva en general y en este estudio se analizaron por grupos de edad.

Por su parte Amaya y colaboradores en 2010, asocian la influencia sociocultural con la autoestima y la mencionan como un predictor de esta, debido a los efectos biopsicosociales, en donde se sustenta en la edad adulta (18-30 años) que el género masculino se encuentra insatisfecho con su imagen corporal, ya que

desean ganar peso, mientras que en la mujer se presenta el deseo de perder peso.<sup>26</sup>

En este estudio se encuentra un resultado diferente en cuanto al rango de edad de 30-39 años, donde se presenta un mayor número de casos en cuanto a obesidad, siendo esta el grado I con el 24% de los encuestados. En cuanto a hombres en el rango de edad de 50-59 años se presentó un 14% de autoestima baja en comparación con la mujer del 16% entre la edad de 40-49 años, lo que muestra que en la población estudiada, el hombre sufre de baja autoestima a mayor edad en comparación a la mujer, que se identifica a más temprana edad con la imagen corporal, por lo que existe una relación entre edad y autoestima ya que en el hombre a mayor edad supone una disminución de su autoimagen, debido a que en la mayoría de las ocasiones el hombre es de mayor edad que la mujer, por lo tanto los resultados obtenidos son diferentes a los de Amaya y colaboradores en 2010, quizá esto se explique porque en su muestra analizó grupos de edad distintos al nuestro, enfocándose en adolescentes y adultos jóvenes.

Bravo del Toro y colaboradores en 2011, mencionan que la obesidad está relacionada con niveles bajos de estabilidad emocional por lo que disminuye la autoimagen principalmente en la población de 30 a 40 años.<sup>27</sup>

En esta investigación se observan resultados muy similares a Bravo del Toro, en relación con edad y autoestima en pacientes con obesidad, mostrándose una equidad de edad y género, dando a entender que es aquí la etapa crítica en donde los factores sociales, culturales y demográficos apuntan a tener una mayor importancia en la población urbana más que en la zona rural.

Por lo tanto, de manera general se presentan algunos cambios de opinión con los resultados referidos y documentados en bibliografía nacional, ya que se podría tomar un punto de partida desde el tamaño de la población a estudiar así como la demografía, edad, sexo y trabajo que podría presentar una temporalidad de autoestima, lo que reflejaría indudablemente otra percepción de la autoestima en otra población por ejemplo en el área rural la influencia del medio es estático, el nivel social y cultural es a la par y no existen competencias entre sí, por lo que el presente estudio adjudica al sexo masculino con un mayor nivel de autoestima baja en general en comparación al sexo opuesto. Nos hace pensar que en cuanto al hombre este es más afectado a su autoestima al término estimado de su vida laboral, por disminución de la sociabilidad y funcionalidad laboral por una afectación a la salud física ya que como se presentó en este estudio el hombre se dijo ser más afectado de manera en general, por lo que varía con los resultados de los estudios antes mencionados que mencionan a la mujer como la de mayor nivel de autoestima baja, sin embargo no olvidemos que la imagen corporal está vinculada con la autoestima individual.

Es importante en la medicina familiar realizar las intervenciones necesarias, partiendo desde la valoración de la educación de la población, nivel socioeconómico, así como el fomentar que el paciente cuente con redes de apoyo familiar, además de un manejo integral que involucre al equipo multidisciplinario iniciando desde la evaluación a las intervenciones de mejora.

Tomando en cuenta la importancia ante la sociedad de la imagen corporal, el médico familiar debe tener una perspectiva amplia sobre el apoyo familiar, ya que

existen una serie de acontecimientos en la vida social, que puede repercutir en la autoestima del paciente, como la falta de apoyo y cambios en su dinámica familiar. El manejo de los factores que permiten mejorar la perspectiva de una elevación de la autoestima, facilita que los pacientes se apeguen a las indicaciones médicas requeridas para realizar los ajustes a los estilos de vida para volverlos cada vez más saludables. Por otro lado el mejorar la autoestima influirá en una mejor adherencia a indicaciones farmacológicas y permitirán lograr en forma oportuna y de una manera más fácil el logro de metas en los planes terapéuticos derivados del acto de consulta médica. Lo anterior partiendo de la premisa de que los individuos se motivan mejor cuando tienen el interés de mejorar su salud por convicción propia y realizan acciones encaminadas a culminar sus metas, en vez de que sea el propio médico el que insista en la importancia de cambiar practicas hacia lo más saludable. Es decir; se logran mejores resultados cuando el paciente hace lo necesario por interés propio que cuando le es impuesto o exigido un cambio. De lo anterior se deriva la importancia de que el médico familiar realice la evaluación y planee las intervenciones de manera oportuna utilizando los conocimientos enmarcados dentro de las prácticas de la especialidad.

## **XI. Conclusiones**

Existe una relación entre la obesidad y la autoestima, siendo esta algunas veces afectada por el grado de obesidad. Las personas con obesidad son por lo regular inseguras, dependientes y vulnerables ante los demás, lo cual los puede llevar a presentar niveles bajos de estabilidad emocional, sociabilidad, originalidad y afectación en las relaciones interpersonales.

El grupo más afectado en el nivel de autoestima corresponde al género masculino en relación al femenino. El nivel de autoestima en pacientes con obesidad en una atención de primer nivel la encontramos sobrevalorada en un 52%. El 20% corresponden a una autoestima adecuada. EL 28% corresponden a una autoestima baja.

Siendo concluyente bajo un enfoque apreciativo se pudiera considerar que la obesidad puede no siempre ser el condicionante principal en la afectación de la autoestima entre la población de estudio, ya que existen también aspectos socioculturales y demográficos que influyen en la percepción de la obesidad y por sí mismo no alterar la estabilidad emocional de la persona.

Entre algunos de los limitantes del estudio es que fue desarrollado de manera transversal, es decir realizando solo una medición de las variables, por lo que para investigaciones futuras se podría proponer su realización de manera longitudinal.

Esto permite al médico considerar al paciente de manera integral, ya que ha cada día se presenta en la consulta médica una serie de acontecimientos, que no son propiamente secundarios a una enfermedad sino a un evento social, discriminación por la apariencia o falta de apoyo en la familia, de ahí que es

importante el conocer primeramente como se percibe la persona que acude al médico, sin necesidad de un tratamiento farmacológico, sino más de apoyo emocional.

Es importante señalar que es necesario establecer programas de educación, sensibilización y motivación, sobre el consumo de alimentos no beneficiosos para el organismo, ya que el problema actual de la obesidad inicia desde la infancia, con un alto grado de sedentarismo, proponer en la unidad o en la comunidad programas de salud encaminados en la orientación de una alimentación saludable, modificación de los hábitos de vida y disponer de programas de actividad física que conllevan a una mejor imagen corporal y un bienestar físico, emocional y mental.

Como médico familiar se sugiere intervenir desde el núcleo familiar, valorar el grado de educación de la población, el nivel socioeconómico, y promover la integración de redes de apoyo y ayuda multidisciplinaria que permitan la valoración integral del paciente. Por otro lado se deben focalizar los esfuerzos hacia estrategias de intervención preventivas en pacientes con obesidad desde que se detecta factores de riesgo como alteraciones alimentarias, sedentarismo, hábitos y costumbres relativos a acciones nutricionales en el núcleo familiar con la finalidad de proveer información, educación y apoyo multidisciplinario que permitan incidir en mejorar estilos de vida haciéndolos más saludables. Además al tratar individuos con algún grado de obesidad o sobrepeso, considerar dentro de la práctica médica familiar el tratar aspectos ligados a lo emotivo como autoestima, para facilitar el apego a las indicaciones terapéuticas las cuales implican cambios

conductuales que permiten rediseñar los estilos de vida convirtiéndolos en prácticas más saludables. Con esto se resalta la importancia de privilegiar una atención considerando aspectos tanto físicos, psicológicos y sociales, mediante la planeación y práctica de intervenciones que deben iniciar desde el establecer una relación médico paciente adecuada, una comunicación efectiva y una atención que vaya más allá de un modelo biologista y en vez de ello logre una verdadera practica familiar.



## **XII. Bibliografía**

1. Barrera-Cruz A, Rodríguez-González A, Molina-Ayala MA. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(Pt 3):292-99.
2. Jiménez-López JL, Maldonado-Guzmán MA, Flores-Pérez Pastén L, Déciga-García E. Motivos para bajar de peso ¿Porqué asistir a un programa de apoyo?. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012;50(Pt 4):407-12.
3. Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad. NOM-008-SSA3-2010. *Diario Oficial de la Federación*. 2010 Jul:1
4. Lujan-Sánchez AM, Lillyan-Piat G, Ariel-Ott R, Itati-Abreo G. Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogénico. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]*. 2010 Enero [citado 10 Sept 2013];197(1):19-24. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/197.htm>
5. González-Heredia R, Castañeda-Sánchez O, López-Morales CM, Brito-Zurita OR, Sabag-Ruiz E. Intervención familiar para el manejo de sobrepeso y obesidad en escolares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2014;52(Supl 1):S74-7.
6. Luckie DA, Cortés VF, Ibarra MS. Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. *Rev Esp Med Quir* 2009;14(Pt 4):191-201.
7. Jaramillo-Sánchez R, Espinosa-de Santillana I, Espíndola-Jaramillo IA. Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012;50(Pt 5):487-92.
8. Peralta-Romero JJ, Gómez-Zamudio JH, Estrada-Velasco B, Karam-Araujo R, Cruz-López M. Genética de la obesidad Infantil. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2014;52(Supl 1):S78-87.
9. Cabello-Garza ML, Arroyo-Rueda MC. La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal Contradictoria. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales [Internet]*. 2013 Julio [citado 06 Mar 2014];(6):97-119. Disponible en: <http://www.academia.edu/5868471>

10. Moral de la Rubia J, Meza-Peña C. Predicción de alteración de conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental* 2012;35(Pt 6):491-97.
11. Meza C, Moral J. Modelos Recursivos de Índice de Masa Corporal con Variables Sociodemográficas, Funciones del Yo y Alteración Alimentaria en Mujeres Mexicanas [Internet]. 2013 Mayo [citado 06 Ago 2013];22(1):55-68. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282013000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282013000100005&lng=es&nrm=iso).
12. Jáuregui-Lobera I, Marcos-Plasencia L, Rivas-Fernández M, Rodríguez-Marcos L, Gutiérrez-Ferrer N, Bolaños-Ríos P. Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad. *Rev Cubana Aliment Nutr* 2010;20(Pt 2):226-37.
13. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr. Hosp* [Internet]. 2013 Febrero [citado 05 Oct 2013];28(1):27-35. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112013000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112013000100004&lng=es).
14. Behar AR, Vargas FC, Cabrera VE. Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Rev. chil. neuro-psiquiatr* [Internet]. 2011 Marzo [citado 25 Jul 2013];49(1):26-36. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071792272011000100004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272011000100004&lng=es).
15. Trejo-Ortiz PM, Castro-Veloz D, Facio-Solis A, Mollinedo-Montano FE, Valdez-Esparza G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2010 Abril [citado 15 Nov 2013];26(3):150-60. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26\\_3\\_10/enf07310.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_3_10/enf07310.htm)
16. Da Silva-Filho L, Rabelo-Leitao AC, Menezes-Cabral RL, Knackfuss MI. Imagen corporal, actividad física y factores de riesgo. *Rev salud pública* [Internet]. 2008 Noviembre [citado 10 ene 2013];10(4):550-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210405>

17. González Ruiz-Ruano V, Fresnedas-Blanco MJ, Carrillo-Pareja AM, Martín-Rot A, García-Pereira S. Satisfacción laboral, satisfacción vital y autoestima en una muestra comparada de sujetos con estudios superiores y no superiores. *Reidocrea* 2014;3(Pt 7):50-9.
18. García-Alfonso J, Troyano Y. Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva. *Escritos de Psicología*. 2013;6(Pt 2):35-41.
19. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicol.* 2004;22(Pt 2):247-55.
20. Rojas-Barahona CA, Zegers PB, Förster M CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 Junio [citado 10 Sep 2013];137(6):791-800.  
Disponibile en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es).
21. Ramos-Martin JM. Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo. *Clínica y Salud*. 2012;23(Pt 2):123-39.
22. Vera-Villaruel P, Córdova-Rubio N, Celis-Atenas K. Optimismo Versus Autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia. *Revista argentina de clínica psicológica* 2009;18(Pt 1):21-30.
23. G-Koffman, R. Emocionalidad y Automatismos en la psicoterapia de la obesidad. *Rev. Med. Rosario* [Internet]. 2009 Diciembre [citado 13 Ene 2013];(75):20-22.  
Disponibile en: <http://raulkoffman.com/wp-content/uploads/2012/07/2009-Emocionalidad-y-automatismos-en-la-Psicoterapia-de-la-Obesidad.pdf>
24. Sánchez-López MA, Aparicio-García ME, Dresch, V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema* 2006;18(Pt 3):584-90.

25. Moreno-González MA, Ortiz-Viveros GR. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Ter Psicol* [Internet]. 2009 Diciembre [citado 02 Nov 2013];27(2):181-90. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004&lng=es&nrm=iso).
26. Amaya-Hernández A, Alvarez-Rayón GL, Mancilla-Díaz JM. Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [Internet]. 2010 Junio [citado 04 Ene 2014];1(1):79-89. Disponible: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S200715232010000100008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200715232010000100008&lng=es).
27. Bravo del Toro A, Espinoza-Rodríguez T, Mancilla-Arrollo LN, Tello-Recillas M. Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología* 2011;16(Pt 1):115-23.
28. Díaz-Guzmán MC, Díaz-Guzmán MT. Obesidad y Autoestima. *Enfermería Global* 2008;13(Pt 2):1-10
29. Vidal-Cupons A, Vidal-Cupons MM, Bies-Sánchez P, Farré-Mateos J, Samperi-Giné C, Biozca-Pámies M. Relación entre IMC, nivel de autoestima y alimentación, en un grupo de adolescentes. *Nutrición Hospitalaria* 2012;27(Supl 3):S40.
30. Aguilar-Ye A, Puig-Sosa PJ, Madrigal LA, Zárate PS, Rodríguez R, Rodríguez L. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2002;69(5):190-93.
31. Guzmán R, Lugli Z. Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*. [Internet]. 2009 Diciembre [citado 21 Ene 2015];16(2):37-50. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=702d5617-4e904767afd7d5377ecfe981%40sessionmgr4003&hid=4209&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=zbh&AN=47791507>

32. Bengoa JM. Historia de la nutrición en salud pública. Anales Venezolanos de nutrición. 2003;16(Pt 2):85-96.
33. Martin L, Nuñez J, Navarro J, y Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. Spanish Journal of Psychology 2007;10(Pt 2):458-68.
34. Baños RM, Guillén V. Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. Psychological Reports 2000;87(Pt 1):269-74.
35. Wolf RM. Essentials of Psychological testing by L.J. Cronbach. JEM 1986;23(Pt 2):175-77

### **XIII. Anexos**

#### **Anexo 1**

### **VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

#### **ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la letra de la respuesta que considere adecuada:**

**1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.**

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

**2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.**

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

**3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.**

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

**4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

**5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

**6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**10. A menudo creo que no soy una buena persona.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
 Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Valoración de la Autoestima en el paciente con Obesidad en una Unidad de Primer Nivel
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Ortiz Sonora Noviembre 2012
Número de registro:	R-2012-2603-56
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el nivel de Autoestima en pacientes con Obesidad en una Unidad de Primer Nivel
Procedimientos:	Aplicación de encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Pendiente
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Si

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Conocer la autoestima en el paciente

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Treviño Gil Pedro

Colaboradores: Dr. José Luis Robles Gutiérrez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: **Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)**

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
 Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
 Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



## Anexo 3



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

### Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2603  
U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA

FECHA 22/10/2012

**DR. PEDRO TREVIÑO GIL**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

#### **VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
------------------

R-2012-2603-56
----------------

ATENTAMENTE

**DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL