



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA COAHUILA**

**AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE OBESO EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE NUEVA ROSITA
COAHUILA.**

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

PRESENTA:

DR. HORACIO ZUÑIGA ZAMORA



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.

**AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE OBESO EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE NUEVA ROSITA
COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

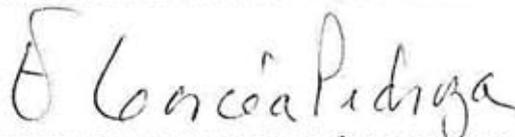
PRESENTA

DR. HORACIO ZUÑIGA ZAMORA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE OBESO EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE NUEVA ROSITA
COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. HORACIO ZUÑIGA ZAMORA

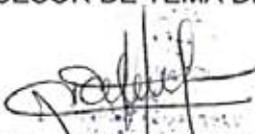
AUTORIZACIONES



DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ADSCRITO A HGZ CON MEDICINA FAMILIAR NO 24
NUEVA ROSITA, COAHUILA



DR. JOSE EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
ASESOR DE TEMA DE TESIS



DRA. GABRIELA DEL CARMEN CUELLAR ROEL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
ADSCRITO A HGZ CON MEDICINA FAMILIAR NO 24
NUEVA ROSITA, COAHUILA



IMSS
DIRECCION
H.G.Z. C/MF NO 24
DR. JESUS FELIX OVERVIDES PINALES
NUEVA ROSITA, COAH.

NUEVA ROSITA, COAH.

2014

**AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE OBESO EN ESTUDIANTES
DE SECUNDARIA DE NUEVA ROSITA COAHUILA.**

INDICE

Pagina	
Resumen -----	1
Marco teórico -----	3
Planteamiento del problema -----	10
Justificación -----	12
Objetivos -----	13
Metodología -----	14
Presentación de Resultados -----	18
Tablas y Gráficas -----	19
Análisis de Resultados -----	27
Conclusiones-----	29
Recomendaciones -----	30
Bibliografía -----	31
Anexos -----	35

RESUMEN

Introducción: La obesidad actualmente es un problema mundial de salud pública, comúnmente comienza en la infancia entre las edades de 5 a 6 años y durante la adolescencia, una baja autoestima puede ser causa de obesidad, y/o la obesidad puede ser causa de baja autoestima, y ello particularmente en la adolescencia.

Objetivo: Determinar autoestima en un grupo de adolescentes obesos en la escuela secundaria en el municipio de San Juan de Sabinas Coahuila.

Metodología: Se realizó un estudio de corte transversal, de prevalencia con peso y talla de adolescentes, basados en el índice de masa corporal, y de acuerdo a las percentiles de la tabla de COLE., se seleccionó el grupo de obesos a quien se les aplicó la escala de Rosenberg para valorar su autoestima

Resultados: Se encontró un 13% de autoestima baja, 26% de autoestima media y 61% de autoestima alta.

Por Género: se detectó la misma proporción de autoestima baja tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones: En este trabajo se detectó mayor porcentaje de baja autoestima con un 13%..

Palabras claves: Obesidad, Adolescencia, Autoestima, escala de Rosenberg.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of obesity in children and adolescents increases dramatically worldwide. Obesity most commonly begins in childhood between the ages of 5-6 years and during adolescence. Studies have shown that a child who is obese between the ages of 10 to 13 years have a 80 percent chance of becoming an obese adult.

Objective: To determine the prevalence of overweight and obesity in adolescents attending secondary schools in the municipality of San Juan de Sabinas Coahuila.

Methodology: We performed a cross-sectional study of prevalence with teen height and weight, based on body mass index, and according to the percentiles table COLE.

Results: In the overall result of the 5 age groups there is a prevalence of overweight and obesity of 36.76%, 27.35% for overweight and 9.41% to obesity.

By Gender: Male 27.36% overweight, obesity 9.41% and 40.59% both one. As that overweight women 23.93%, 9.41% obesity and 33.33% both

Conclusions: It is detected in this work in secondary school adolescents overweight higher than nationally reported 34.1% vs 36.6% in Coahuila.

Keywords: Overweight, Obesity, Adolescence, Body Mass Index, COLE Tables.

MARCO TEÓRICO

La Obesidad se define como un exceso de grasa corporal. La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, principalmente debida a factores ambientales y genéticos, que determinan un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético.

Debido a que la medición directa de la masa grasa es muy difícil en la práctica clínica, por ello se aceptan otros métodos indirectos de medición como el índice de masa corporal (IMC), que es el parámetro antropométrico mejor correlacionado con la grasa corporal. Se define obesidad y sobrepeso a los valores de IMC igual o mayores a los Percentiles 97 y 90, para su edad y sexo correspondiente, de las tablas de referencia españolas de Hernández y cols. En el caso de usar las referencias de Cole et al son los valores de IMC > 30 (percentil 95) y 25 (percentil 85), respectivamente, a los 18 años extrapolados a las edades y sexo correspondientes.¹

La OMS definió la obesidad como el exceso de grasa corporal que ocasiona daños a la salud.²

De acuerdo con el reporte más reciente de la OMS, actualmente existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso, y al menos 300 millones de ellos son obesos. La distribución del sobrepeso y la obesidad es desigual, pues las prevalencias van desde menos de 5% en países como China y algunos de África, hasta 75% en las Islas del Pacífico Sur. En algunos de los países latinoamericanos como México, las tasas de obesidad son intermedias (18.6% en hombres y 28.1% en mujeres), pero cercanas a las de países desarrollados como EUA (31% en hombres y 33.2% en mujeres) e Inglaterra (22.3% en hombres y 23% en mujeres).³

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), más de mil millones de personas sufren sobrepeso en todo el mundo, de los que trescientos millones de personas puedan ser consideradas como obesos. En la actualidad, en Europa, 1 de cada 6 niños, o su equivalente el 20%, tienen sobrepeso, mientras que 1 de cada 20 adolescentes (el 5%) es obeso.^{4,5,6}

En México según la encuesta nacional de Salud y nutrición 2012. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino y 34.1% en el sexo masculino. La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%, 4 pp mayor); y para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino con obesidad fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino.

El aumento entre 2006 y 2012 fue de 5% en seis años para los sexos combinados (0.28 pp/año); el aumento en el sexo femenino fue de 7% (0.40 pp/año) y en el sexo masculino de 3%.⁷

La obesidad constituye en la actualidad la enfermedad nutricional más prevalente en la población < 20 años. La obesidad infantil y juvenil es una enfermedad crónica porque se perpetúa en el tiempo y suele acompañarse de trastornos metabólicos como hipercolesterolemia y resistencia insulínica que determinan a futuro un mayor riesgo de diabetes tipo 2, de hipertensión arterial, de arteriosclerosis y de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares isquémicas. La mayor prevalencia de obesidad en la última década, se asocia a una mayor incidencia de diabetes tipo 2 en la población < 20 años, especialmente en los adolescentes.⁸

En relación a la obesidad. En EEUU, la incidencia de diabetes tipo 2 aumentó de 4 a 16% afectando en forma especial a los >10 años, donde el 33% de los diabéticos bajo control, son del tipo 2. En Japón, la diabetes tipo 2 también ha aumentado significativamente y actualmente en población juvenil, es 7 veces más prevalente que la diabetes tipo 1. Si bien, durante la pubertad hay una disminución fisiológica de la sensibilidad a la insulina, no todos los estudios han podido precisar dentro de esta etapa, el momento de mayor resistencia insulínica.⁸

La obesidad determina diversos riesgos en el ámbito biológico, psicológico y social. Los riesgos biológicos se manifiestan a corto, mediano y largo plazo, a través de diversas enfermedades. Desde el punto de vista respiratorio son frecuentes las apneas durante el sueño, menor tolerancia al ejercicio, tendencia a las fatigas con facilidad, lo que dificulta la participación en deportes o

actividades físicas; además pueden agravarse los síntomas asmáticos o aumentar las probabilidades de desarrollar asma, pudiéndose encontrar pruebas de función pulmonar anormales en casos severos de obesidad.⁹

Adolescencia. (Del lat. *adolescētia*). f. Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Adolescencia. Proviene del latín “adolescētia” que significa “joven, adolescente”, sin embargo, la palabra se deriva del verbo “adolesco” que significa “crecer, desarrollarse, ir en aumento” lo cual explica la derivación de la palabra, la adolescencia es también una **etapa de crecimiento y de desarrollo**, quizá la más crucial en la vida de un individuo.

La adolescencia se refiere al tiempo entre el comienzo de la maduración sexual (pubertad) y la edad adulta. Es un tiempo de maduración psicológica, en el cual la persona se comienza a comportar "como un adulto". Período entre los 13 y los 19 años de edad. El adolescente experimenta no sólo el cambio y crecimiento físico, sino también los cambios y el crecimiento emocional, psicológico, social y mental.^{10,11}

Hay sin número de concepciones para el término adolescencia, desde diferentes enfoques disciplinarios. Intentando dar una definición integral del término se puede resumir que la Adolescencia es un período de desarrollo del ser humano, que sin poder enmarcarse en límites etéreos precisos, está comprendido entre las edades de 10 y 19 años aproximadamente. En él se consolidan una serie de cambios e integraciones desde lo social, lo psicológico y lo biológico (sociopsicobio); que sobre la base de adquisiciones y desprendimientos cualicuantitativos, permiten el alcance de suficientes y necesarios niveles de autonomía, para que el niño se transforme y asuma el papel de adulto integrado a la sociedad.¹²

La prevención del sobrepeso corporal y las enfermedades crónicas, incluida en las estrategias de la Organización Mundial de la Salud, han sido estructuradas consecuentemente con un enfoque preventivo a lo largo de toda la vida. Las modificaciones de los estilos de vida que comprenden a la alimentación y a la realización de actividad física regular tienen una influencia determinante en la tendencia mundial informada para estas afecciones.¹³

En los colegios e institutos, los profesores juegan un papel importante en la promoción de hábitos saludables, tanto relacionados con la dieta, como con la realización y promoción de la actividad física. La incorporación en el currículo escolar del ejercicio físico y el desarrollo de programas de promoción de la actividad física es imprescindible. No necesariamente deberá tratarse de juegos competitivos, ya que en muchas ocasiones hace sentirse excluidos a aquellos niños que no tienen aptitudes para el deporte competitivo. Estas Actividades pueden desarrollarse mediante juegos cooperativos, que fomentan la relación en el grupo y aumentan la autoestima. La forma en que los niños se desplazan hasta el colegio, utilizando medios de transporte o caminando, es otra de las elecciones que pueden aumentar la actividad física total de los escolares. Es importante desarrollar una adecuada promoción de la actividad física desde los centros de atención primaria. Idealmente, los niños deberían ser seguidos, en lo que respecta a su programa de actividad física, en estrecha colaboración con los profesores de educación física de su centro Escolar. Ello permitiría además poder llevar a cabo un seguimiento por profesionales de la salud del primer nivel de atención en este caso el médico familiar.¹⁴

Los jóvenes con obesidad severa mostraron más problemas psicológicos que los jóvenes con sobrepeso-obesidad leve-moderada, un 12% presentaban ansiedad y un 11% depresión.

Aunque existen trabajos con resultados contradictorios se encuentra mayoritariamente algún tipo de comorbilidad psicopatológica en las personas con sobrepeso u obesidad. La comorbilidad psicopatológica más prevalente parece estar relacionada con trastornos del estado ánimo, la ansiedad, el consumo de sustancias y los trastornos del comportamiento alimentario. Por otro lado, algunos autores² abundan en la explicación de por qué la obesidad está asociada a trastornos psicológicos como los mencionados, valorando cuándo la obesidad puede ser causa o consecuencia de la psicopatología.¹⁵

Los adolescentes definieron la obesidad como el hecho de pesar más de lo que deberían, señalaron como causa principal de la obesidad el factor hereditario, tienden a subestimar el problema de la obesidad y a tener baja autoestima. Como limitaciones principales de la obesidad señalaron problemas cuando realizan actividades físicas y problemas para conseguir ropa que los haga mejorar su imagen. Señalaron ser objeto de burlas y de rechazo por sus

pares o iguales, en la escuela. Se identificó que cuentan con mecanismos psicológicos de defensa ante la obesidad y que algunos de ellos están realizando acciones concretas para disminuir el peso.¹⁶

Más allá de las preocupaciones en el campo de la estética corporal, la obesidad representa un problema severo de Salud Pública por las siguientes razones: las personas afectadas de obesidad a más de mostrar limitaciones en sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales, tienen una expectativa de vida menor que la de las personas con peso normal. Hay otros relacionados con problemas respiratorios, gastrointestinales, algunos cánceres y otros más que caen en la esfera de lo psicológico y social (i.e. autoestima baja).¹⁷

El comer excesivamente y la inhabilidad crónica para controlar cuánto se come, da lugar a la obesidad y causa sufrimiento. Para los niños y los adolescentes obesos que se ridiculizan y burlan comúnmente, la obesidad se asocia a menudo con síntomas psicológicos y del comportamiento¹⁸

Los estándares de belleza y delgadez, necesarios para ser aceptadas socialmente, influyen en la percepción que tienen de su cuerpo. Las adolescentes con obesidad se comparan constantemente con las demás de su entorno y perciben que están muy lejos de alcanzar el ideal de belleza, por ello experimentan emociones y actitudes negativas respecto a sí mismas. La insatisfacción con la propia imagen, la influencia de los medios de comunicación, de los compañeros, de la familia y la dificultad para valorar de forma adecuada las dimensiones corporales propias, pueden suponer amenazas en el aspecto psicológico de los adolescentes que, en algunos casos, pueden conducir a la aparición de baja autoestima, depresión y otros trastornos psicológicos¹⁹

La autoestima es un concepto ampliamente relacionado con el bienestar general del, observándose su di- 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, ansiosos, entre otros. Por tanto, su conocimiento es una valiosa información que posibilitaría la predicción de posibles trastornos psicopatológicos y su prevención.

Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, pero uno de los más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). La EAR ha

sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español, etc.

Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios. Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: " creo que tengo un buen número de cualidades " sentimiento negativo: " siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi"). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo".²⁰

En este sentido, el auto concepto realiza una función clave como organizador y motivador de la experiencia: mantiene una imagen consistente de quiénes somos y cómo reaccionamos en diferentes circunstancias. El juicio de si una conducta es consistente o no con la autoimagen, ayuda a configurar las nuevas experiencias conductuales. Juicios relativos al éxito o fracaso de una acción particular, o afectos relacionados con sus resultados, sirven a una función motivacional en cuanto a la probabilidad de su realización.²¹

Obesidad. Escalas De Medición. En el año 2000, la Comisión Internacional sobre la Obesidad (IOTF) recomienda el uso de la clasificación percentilar de Cole , que presenta valores desde los 2 hasta los 18 años y que reúne una serie de encuestas representativas de varios países, como Brasil, Rusia, Estados Unidos, Inglaterra, Hong Kong, Holanda y Singapur. En esta referencia, los valores correspondientes al 85 y 95 percentil presentan una correspondencia con los IMC de 25 y 30, utilizados en adultos para definir sobrepeso y obesidad, respectivamente.^{22, 23}

En el caso de la obesidad la OMS la clasifica como Obesidad leve IMC 30 – 34.9 Obesidad moderada IMC 35 – 39.9 Y Obesidad grave IMC > 40. Que viene siendo muy parecido a la obesidad en los niños y adolescentes pues según las tablas de Cole y col definieron los valores de IMC para cada sexo entre 2 y 18 años que se corresponden con los valores de 25 y 30 kg/m² del adulto equivalentes a puntos de corte de Sobrepeso y Obesidad respectivamente.^{22,23}

La escala de autoestima de Rosenberg. Tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,78. La fiabilidad es de 0,80. Administración: la escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto administrada. Las opciones se presentan en escala de Likert, como sigue: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo

Interpretación: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 De los ítems del 6 al 10 , las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4

De 30 a 40 puntos: **autoestima elevada**: considerada como autoestima normal

De 26 a 29 puntos: **autoestima media**. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: **autoestima baja**. Existen problemas significativos de autoestima. ^{24,25,26}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En EUA, la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil ha mostrado un crecimiento importante en todos los grupos de edad, pero de mayor magnitud en los escolares y adolescentes; el número de niños escolares con sobrepeso se ha duplicado mientras que el de adolescentes se ha triplicado desde 1980. Similarmente, en Europa, cerca de 20% de escolares y adolescentes presentan sobrepeso, y un tercio de éstos son obesos.

En México, en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, la prevalencia de sobrepeso y obesidad juntos fue de 21.6% para los adolescentes. Las mismas prevalencias en la Encuesta de Salud y Nutrición de 2006, corresponden a 29.6% con un incremento de casi cinco en los adolescentes.

Las complicaciones asociadas a la obesidad principalmente se desarrollan en la edad adulta, aunque cada vez se están viendo más temprano, como síndrome metabólico, diabetes tipo II, dislipidemia, hipertensión arterial, arteriosclerosis, ferropenia, persistencia de la obesidad de adultos, sobre todo en los casos en los que el rebote adiposo típico de la niñez se adelanta antes de los 5 años

Los jóvenes con obesidad severa muestran más problemas psicológicos que los jóvenes con sobrepeso-obesidad leve-moderada, un 12% presentaban ansiedad y un 11% depresión.

Los estándares de belleza y delgadez, necesarios para ser aceptadas socialmente, influyen en la percepción que tienen de su cuerpo. Las adolescentes con obesidad se comparan constantemente con las demás de su entorno y perciben que están muy lejos de alcanzar el ideal de belleza, por ello experimentan emociones y actitudes negativas respecto a sí mismas. La insatisfacción con la propia imagen, la influencia de los medios de comunicación, de los compañeros, de la familia y la dificultad para valorar de forma adecuada las dimensiones corporales propias, pueden suponer amenazas en el aspecto psicológico de los adolescentes que, en algunos casos, pueden conducir a la aparición de baja autoestima, depresión y otros trastornos psicológicos.

La medición de la autoestima puede ser de gran utilidad para predecir o prevenir trastornos psicopatológicos, aunque su operacionalización no es fácil de lograr, generándose cuestionamientos metodológicos a los instrumentos utilizados.

Para la valoración de la autoestima existen muchos cuestionarios uno de los más utilizados y validos es La escala de autoestima de Rosemberg. Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a si mismo

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

¿Qué porcentaje de adolescentes obesos estudiantes de secundaria en la localidad de Nueva Rosita Coahuila tendrán alterada su autoestima?

JUSTIFICACION

La obesidad es actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. En México, en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, la prevalencia de sobrepeso y obesidad juntos fue de 5.5% en niños menores de cinco años, de 18.6% para los escolares, y de 21.6% para los adolescentes.¹⁰ Las mismas prevalencias en la Encuesta de Salud y Nutrición de 2006, corresponden a 5.3, 26 y 29.6% respectivamente, mostrando una estabilización para niños preescolares, pero un incremento de casi nueve puntos porcentuales en los escolares y casi cinco en los adolescentes.

Más allá de las preocupaciones en el campo de la estética corporal, la obesidad representa un problema severo de Salud Pública por las siguientes razones: las personas afectadas de obesidad a más de mostrar limitaciones en sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales, tienen una expectativa de vida menor que la de las personas con peso normal. Hay otros relacionados con problemas respiratorios, gastrointestinales, algunos cánceres y otros más que caen en la esfera de lo psicológico y social (autoestima baja).

La medición de la autoestima puede ser de gran utilidad para predecir o prevenir trastornos psicopatológicos, en el presente caso para cumplir nuestro objetivo utilizaremos la escala de Rosemberg. Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a si mismo

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada

Propiedades psicométricas. La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,78. La fiabilidad es de 0,80

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Estudiar la autoestima en el adolescente obeso

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- a). Determinar el porcentaje de adolescentes obesos con afección del autoestima.
- b). Conocer el género de adolescentes obesos, más susceptible a afección de su autoestima.
- c). Estadificar la afección de la autoestima en normal, media y baja.
- e). Valorar la afección de la autoestima por edad del adolescente.

HIPÓTESIS

No amerita por ser un estudio transversal.

METODOLOGÍA

A). TIPO DE ESTUDIO.

Se realiza un estudio transversal, observacional, analítico.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

El estudio se realizara por conveniencia en una escuela secundaria de la localidad de Nueva Rosita Coahuila, tomando como universo de trabajo a los adolescentes del ciclo escolar 2012.2013, en donde se procederá a medir y pesar a los jóvenes para proceder a aplicar la encuesta a los que resulten con obesidad, esto se realiza en septiembre y octubre del 2012.

C. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El censo de estudiantes de esta localidad es de 1743 alumnos registrados, la literatura en México según el INEGI del 2006 nos reporta una prevalencia de 29.6% para sobre peso y obesidad juntos y la literatura mundial nos dice que de estos la tercera parte corresponde a obesidad por lo que para el presente estudio utilizáremos una prevalencia de 10%.

Nuestros Datos para obtener el tamaño de la muestra son N de 1743, k 1.96, e 5%, p.10, q.90.

Utilizando la fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Obtenemos un cálculo de tamaño de la muestra de 128 adolescentes con obesidad a los que se les tendrá que aplicar el cuestionario para medir su autoestima.

D). CRITERIOS DE INCLUSION, EXLCUSIÓN, ELIMINACIÓN.

1. **Inclusión:** Se incluirán a todos aquellos pacientes que resulten un índice de masa corporal mayor de 30% ubicados en las percentila de Cole Por arriba de la percentila 95.
2. **Exclusión:** Serán excluidos del estudio aquellos estudiantes que no acudan a la escuela por cualquier razón los días que se acuda a la toma de peso y talla. apartaran del estudio los pacientes que no acepten participar en el estudio.
3. **Eliminación:** Se eliminaran del estudio aquellos pacientes que una vez incluidos decidan no llenar el cuestionario para la medición de autoestima de Rosenberg

E). INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).

Se trabajara en coordinación con los maestros sobre las listas escolares tomando el peso, talla, circunferencia abdominal y edad.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Autoestima

VARIABLE DEPENDIENTE: Obesidad

Autoestima.

Definición conceptual. La Autoestima Escolar se refiere a la autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar y, específicamente, a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares. Incluye también la autovalorización de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo, constante, desde el punto de vista intelectual.

Definición operacional.

Autoestima elevada: De Acuerdo a la escala de Rosemberg se considerada como autoestima normal puntuación de 30 a 40 puntos

Autoestima media. De 26 a 29 puntos: No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Autoestima baja. Menos de 25 puntos: Existen problemas significativos de autoestima.

Obesidad

Definición conceptual. La Obesidad se define como un exceso de grasa corporal. La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, principalmente debida a factores ambientales y genéticos, que determinan un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético.

Definición operacional. Se considera obeso a quienes tengan un IMC > 30 (por arriba del percentil 95 según las tablas de Cole)

F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Para la variable obesidad. Se pesara y medirá a los participantes llenando las listas de registro con los datos necesarios para obtener el índice de masa corporal para estadificar la obesidad.

Para la valoración de la autoestima. Se utilizara la escala de autoestima de Rosenberg. Por ser uno de los más utilizados. La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,78. La fiabilidad es de 0,80

G). ASPECTOS ÉTICOS.

Se obtendrá de cada participante el consentimiento informado conforme a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13,15,16,17,18,19,20,21,22. La selección de la muestra será aleatoria y a cada participante se le dará una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla en la justificación y objetivos de la investigación, sus beneficios y riesgos o molestias que pudiera ocasionar, el destino final

(educativo) de los resultados que se obtendrán. Libertad para otorgar su consentimiento por escrito con por dos testigos y del cual ellos tendrían una copia, manteniendo su identificación en confidencialidad bajo el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar de cada participante. Se anexa carta de consentimiento informado.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un cálculo de muestra de 128 estudiantes con problemas de obesidad, se incluyeron en el estudio 133 adolescentes obesos de educación secundaria. Los grupos de edad fueron muy homogéneos, la mayoría de edades de 12 y 13 años: 36 de 12 años, 84 de 13 años, 9 de 14 años, 4 de 15 años, por lo que tenemos un rango de edades de 12 a 15 años, con una moda de 13 años, mediana también de 13 años, y un promedio de edades de 12.65 años. **Grafica 1**

Por género se estudiaron 65 mujeres y 68 hombres con obesidad.

Grafica 2

Para el estudio sobre la Autoestima en donde se utilizó la escala de Rosemberg, se encontró una afección de 18 adolescentes con autoestima baja y el resto salió normal, 34 con autoestima media y 81 con autoestima alta es decir 115 no presentaron alteración según el instrumento evaluador. **Grafica 3.**

La estatificación en autoestima normal o elevada, autoestima media y autoestima baja encontramos:

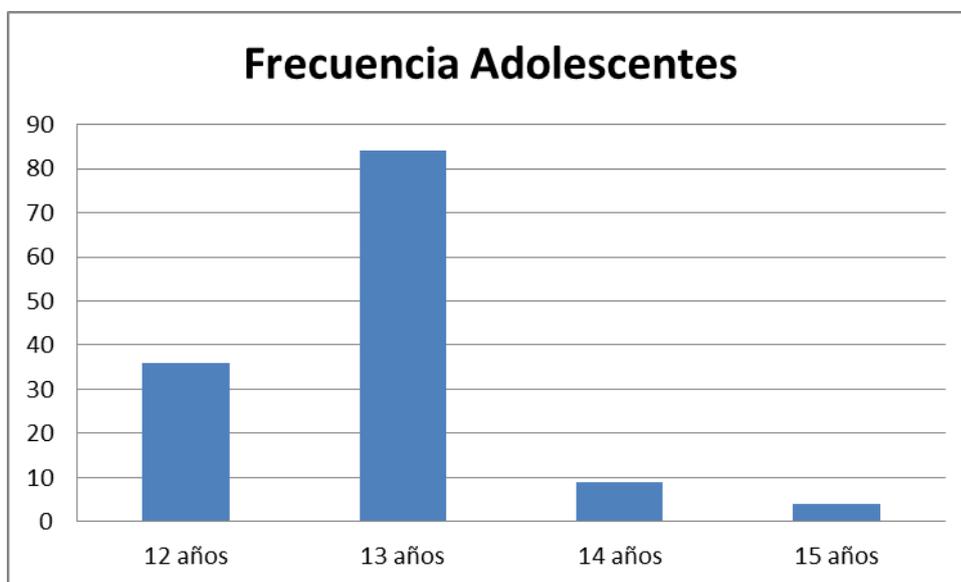
Adolescentes con autoestima baja 18 lo que equivale al 13% , con autoestima media 34 lo que equivale al 26 % y con autoestima elevada o normal 81 lo que equivale 61% . **Grafica 4.**

Separando a estos adolescentes por sexo tenemos con autoestima baja 9 mujeres y 9 hombres, con autoestima media 23 mujeres y 11 hombres, y con autoestima elevada 31 mujeres y 50 hombres. **Grafica 5, tabla 1.**

En cuanto a la afección de la autoestima por edad se encontró 2 con autoestima baja en el grupo de 12 años, 15 con autoestima baja en el grupo de 13 años, 1 con autoestima baja en el grupo de 14 años y 0 con autoestima baja en el grupo de 15 años. **Grafica 6. Tabla 2**

TABLAS Y GRÁFICAS

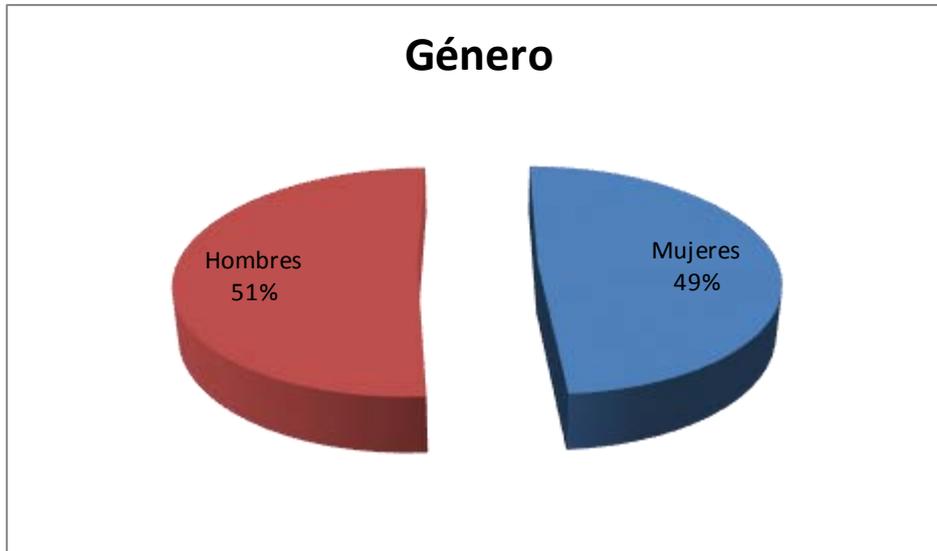
Grafica 1. Frecuencia de edades de adolescentes obesos.



Fuente. Base de datos Pesos y tallas Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

En el plantel estudiado la mayor frecuencia de alumnos contaban con 13 años de edad siendo 84, 36 de 12 años, 9 de 14 años, 4 de 15 años

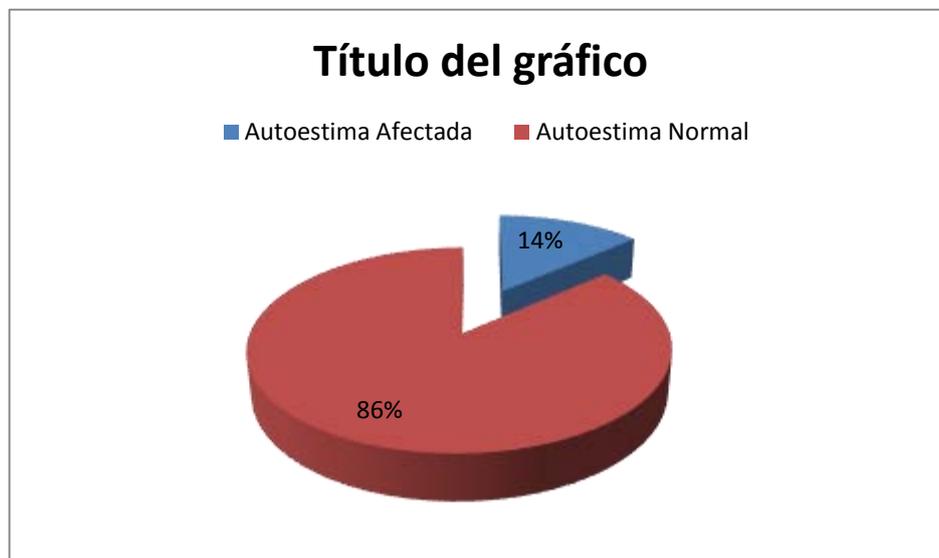
Grafica 2. Porcentajes de adolescentes con obesidad por género.



Fuente. Base de datos Pesos y tallas Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

El género de estudiantes obesos del plantel fue muy homogéneo en proporción de hombres y mujeres.

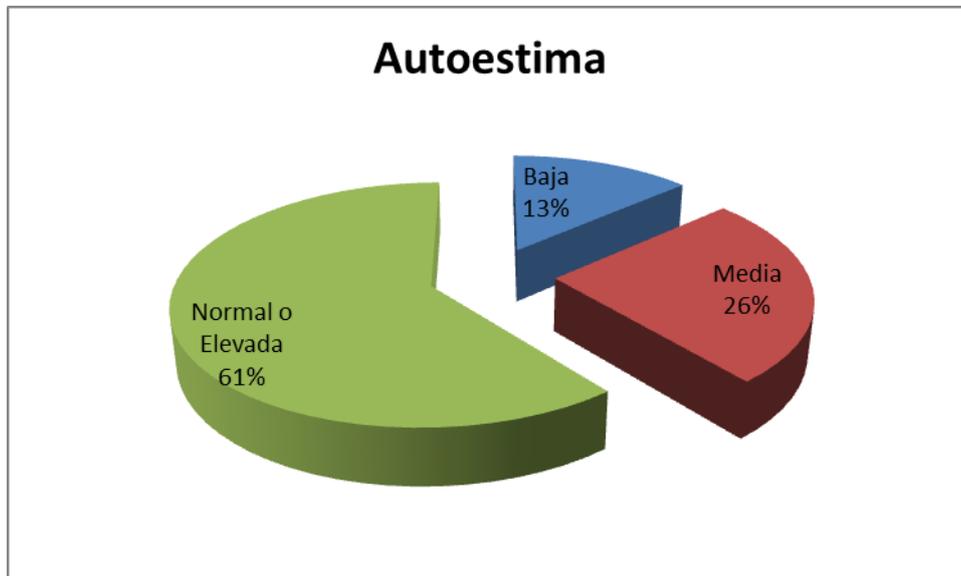
Grafica 3. Frecuencia de adolescentes obesos con autoestima afectada.



Fuente. Base de datos escala de Rosemberg, Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

El porcentaje de alumnos afectados es decir con baja autoestima fue de 14% según los resultados obtenidos al aplicar la escala de Rosemberg

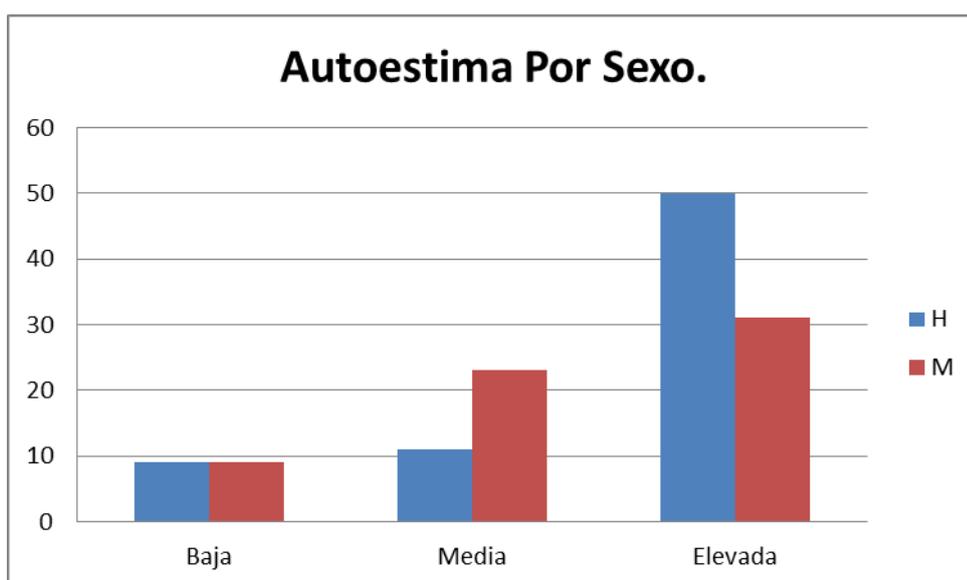
Grafica 4. Estatificación de Autoestima encontrada en los adolescentes estudiados Según la escala de Rosemberg en porcentajes.



Fuente. Base de datos escala de Rosemberg, Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

De todos los resultados obtenidos tenemos Adolescentes con autoestima baja 18 lo que equivale al 13%, con autoestima media 34 lo que equivale al 26 % y con autoestima elevada o normal 81 lo que equivale 61%

Grafica 5. Autoestima encontrada en los adolescentes estudiados
Según la escala de Rosemberg por género.



Fuente. Base de datos escala de Rosemberg, Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

Coincidentemente por sexo resultan igualmente afectados los del género masculino que los del género femenino.

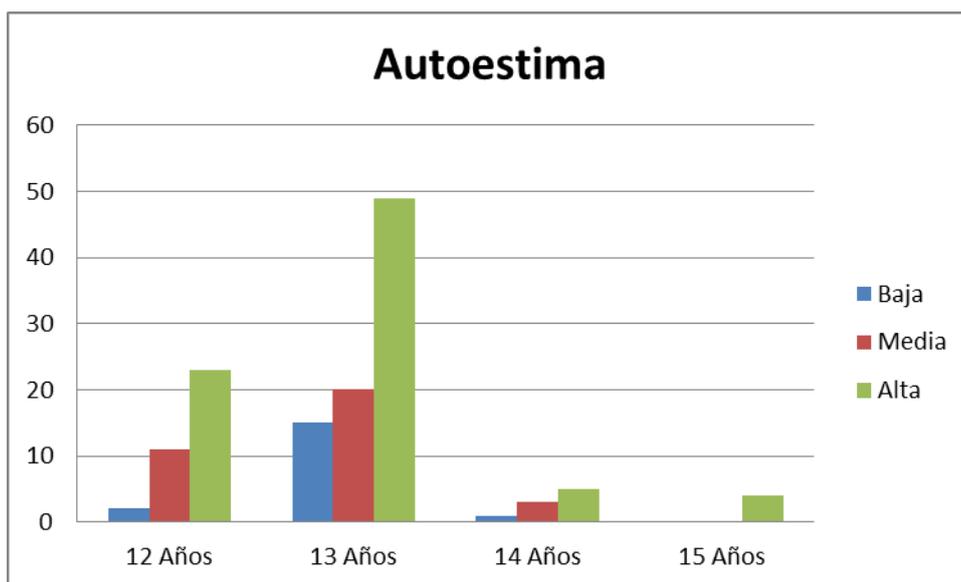
Tabla 1. Autoestima encontrada en los adolescentes estudiados Según la escala de Rosemberg por género.

Autoestima Según la escala de Rosemberg					
Baja		Media		Alta	
H	M	H	M	H	M
9	9	11	23	50	31

Fuente. Base de datos escala de Rosemberg, Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

Igual que como apreciamos en la gráfica 5 se presentan los resultados de estatificación por sexo.

Grafica 6.



Fuente. Base de datos escala de Rosemberg, Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

Por grupos de edad aunque los de mayor proporción fueron los de 13 años podemos apreciar que proporcionalmente también fueron los que más presentaron autoestima baja.

Tabla 1.

Autoestima	12 Años	13 Años	14 Años	15 Años
Baja	2	15	1	0
Media	11	20	3	0
Alta	23	49	5	4
Total	36	84	9	4

Fuente. Base de datos escala de Rosemberg, Alumnos Escuela Secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz Nueva Rosita Coahuila 2012.

En esta tabla podemos observar que en la proporción de afectados por grupo de edad tuvimos en 12 años 5.5%, 13 años 17.85, 14 años 11.1, y 15 años 0%

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este estudio de autoestima en un grupo de adolescentes con problemas de obesidad, detectados por tamizaje en un plantel escolar de San Juan de Sabinas Coahuila, se encontraron 18 adolescentes con baja autoestima 13%, cifra que dobla lo reportado por otros autores con la misma escala, como en el estudio de Hilda Juanita Aguilar Navarro en su trabajo. “Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años”²⁷ en donde reporta un 5%.

Sin embargo esta cifra es baja comparado con estudios en grupos de adolescentes con problemas específicos con en el reportado por Ruth Asuero Fernández y col.²⁸ Sobre los trastornos alimenticios donde de autoestima baja reporta hasta un 62%.

Esto claro es de esperar debido a que el grupo que se estudió en el presente trabajo es de adolescentes solo detectados con obesidad pero sin otros rasgos patológicos determinados como los trastornos de la conducta alimentaria que es ya un problema psicológico más serio. Ya que como se puede comparar con ese mismo estudio de los trastornos alimentarios en autoestima media los porcentajes se acercan un poco en este trabajo 26% y en aquel 37%, mientras que en los de autoestima alta en el presente trabajo 61% en el de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria solo 18%.

El género a diferencia de lo que nos menciona la mayoría de los estudios sobre autoestima en que refieren que la mujer tiende más a la depresión, en este estudio la autoestima baja resulto igual en el género masculino que en el género femenino 9 casos para cada grupo. Pero en autoestima media y alta si hubo diferencia siendo más mujeres con autoestima

media 23 mujeres contra 11 hombres; y más hombres con autoestima elevada 31 mujeres y 50 hombres.

En otro estudio similar, realizado por Virginia Franco Pedraza y col. Titulado Comportamiento De Factores Psicológico De Adolescentes Obesos Atendidos En El Hospital Pediátrico Leonor Perez en la Habana Cuba²⁹. En un grupo de adolescentes con problemas de obesidad encontramos un alto grado de baja autoestima 81%, 18 % con autoestima medio, y ningún caso con alta autoestima, en contraste con el presente estudio en donde la autoestima baja solo fue de 13%, y un número importante con alta autoestima de 61% contra 0% en este estudio cubano. Aunque los casos no los podemos homologar debido a que en el presente estudio se utilizó la escala de Rosenberg y en el estudio mencionado se evaluó mediante la prueba autoestima de Coopersmith, además de que en el estudio realizado por los cubanos fue en adolescentes obesos que por alguna razón solicitaron atención médica mientras que en nuestro estudio fueron detectados en un plantel escolar sin ninguna antecedente patológico o que solicitaran atención profesional.

CONCLUSIONES

La obesidad actualmente reconocida con un problema de salud pública es del interés de múltiples disciplinas del área de la salud. Además de los riesgos físicos que ella conlleva afecta la esfera emocional de aquellos que la padecen. Siendo un grupo más vulnerable los adolescentes por su vulnerable estado emocional, siendo importante atender si esta provoca aquella o es un síntoma de la misma.

En este estudio de corte trasversal que se realizó en la escuela secundaria General Fortunato Gutiérrez Cruz de San Juan de Sabinas de un grupo de 133 Adolescentes obesos, a los que se les aplicó la escala de Rosenberg para medir su autoestima.

La frecuencia de afección de la autoestima se detectó en 13%.

En cuanto a la afectación de género en este estudio, se encontró igual en el sexo masculino que en el sexo femenino 9 mujeres y 9 hombres 6.5% de afección para cada género.

Con el instrumento utilizado escala de Rosenberg se estadificó la autoestima en baja, media y alta, siendo la media y la alta considerada como autoestima normal. , en cuanto a la baja autoestima se encontraron 18 (13%), con autoestima media 34 (26 %) y con autoestima elevada 81 (61%).

Y finalmente la afección al autoestima por edades, aunque no hubo grupos similares en cada edad por porcentajes se detectó más autoestima baja en el grupo de 13 años, en donde se encontró: En 12 años 5.5%, 13 años 17.85, 14 años 11.1, y 15 años 0%

RECOMENDACIONES

1. Promover la activación física en todas las escuelas, en nuestra región en las primeras hs, en turnos matutinos y a las finales en el turno vespertino.
2. Promover la alimentación saludable principalmente dentro de las instituciones educativas.
3. Mayor educación nutricional a los estudiantes.
4. Fortalecer la autoestima de los adolescentes como un incentivo para lograr el manejo de la obesidad.
5. Dar seguimiento a estos adolescentes que reportaron autoestima baja para cortar el ciclo de la patología y prevenir otros trastornos emocionales.
6. Detectar y dar seguimiento a la obesidad y patologías relacionadas con la misma en los centros de atención de primer nivel.
7. Promover campañas masivas de alimentación saludable y actividad física.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isabel Arias López, José Cabrerizo Martínez, Julia Franco Valerob Antonio Alberto León Martínez Estudio epidemiológico de la Obesidad y el Sobrepeso en una población pediátrica de medio rural de Castilla-La Mancha REV CLÍN MED FAM 2008; 2 (4): 162-166
2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1997.
3. World Health Organization. World Health Statistics 2008. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. France; 2008.
4. SZER, Graciela; KOVALSKYSA, Irina y DE GREGORIO, María J.. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y su relación con hipertensión arterial y centralización del tejido adiposo en escolares. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2010, vol.108, n.6 [citado 2014-09-07], pp. 492-498 .
5. González Jiménez E., Aguilar Cordero M^a J., García García C. J., García López P. A., Álvarez Ferré J., Padilla López C.A.. Prevalencia de sobrepeso y obesidad nutricional e hipertensión arterial y su relación con indicadores antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2014 Sep 07]; 26(5): 1004-1010.
6. Fajardo Bonilla Esperanza, Ángel Arango Luis Alberto. Prevalencia De Sobrepeso Y Obesidad, Consumo De Alimentos Y Patrón De Actividad Física En Una Población De Niños Escolares De La Ciudad De Bogotá. *Rev.Fac.Med* [Serial On The Internet]. 2012 June [Cited 2014 Sep 07]; 20(1): 101-116.
7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
8. Burrows A Raquel, Gattas Z Vivien, Leiva B Laura, Barrera A Gladys, Burgueño A Medardo. Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2001 Oct [citado 2014 Sep 07]; 129(10): 1155-1162.

9. Guerra Cabrera Carmen, Vila Díaz Jesús, Apolinaire Pennini Juan, Cabrera Romero Ailyn, Santana Carballosa Inti, Almaguer Sabina Pilar. Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *MediSur* [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2014 Sep 07] ; 7(2): 25-34.
10. *Diccionario de la lengua española DRAE*, Felipe IV, 4 - 28014 Madrid. 23.^a edición 2009.
11. Marcell AV. Adolescence. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 12.
12. SANTILLANO CARDENAS, Idianelys. La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. *Ultima décad.* [online]. 2009, vol.17, n.31 [citado 2014-09-07], pp. 55-71
13. *Dr. Manuel Hernández Triana y Dr. Vladimir Ruiz Álvarez.* Rev Cubana Invest Biomed 2007;26(2) Obesidad, una epidemia mundial. Implicaciones de la genética
14. Redondo C, Gonzalez-Gross M, Noriega M, García Fuentes M. La incorporación de la valoración de la actividad física y la condición física en la consulta de Pediatría. *Actividad física, deporte, ejercicio y salud en niños y adolescentes.* Madrid: Asociación Española ~ de Pediatría. 2010:8. p. 3.
15. Baile J.I., González M.J.. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2014 Sep 07] ; 34(2): 253-261
16. Martínez-Aguilar ML, Flores-Peña Y, Rizo-Baeza MM, Aguilar-Hernández RM, Vázquez-Galindo L, Gutiérrez-Sánchez G. Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7º al 9º grado residentes en Tamaulipas, México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Ene.-feb. 2010
17. Hossain P, Kavar B, Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world - a growing challenge. *N Engl J Med.* 2007; 356:213-215.
18. Treviño Villarreal D.C., López Guevara V., Ramírez López L.E., Tijerina Sáenz A.. Relación de cortisol sérico con los componentes del síndrome

- metabólico, ingesta alimentaria y trastorno de ansiedad en niños de 8 a 12 años con obesidad. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2014 Sep 07]; 27(5): 1562-1568
19. Olesti-Baiges Martín-Vergara N, Riera-Solé A, De la Fuente-García M, Bofarull Bosch M, Ricoma-De Castellarnau G, Piñol MJLI. Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enferm. Clin.* [Internet]. 2007 [citado 12 Abril 2010];17(2):[aprox. 7p.].
 20. Rojas-Barahona Cristian A, Zegers P Beatriz, Förster M Carla E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Sep 07]; 137(6): 791-800.
 21. **(ISO)** Vargas Trujillo, Elvia And Barrera, Fernando. ¿Es La Autoestima Una Variable Relevante Para Los Programas De Prevención Del Inicio Temprano De Actividad Sexual? *Act.Colom.Psicol.* [online]. 2005, vol.8, n.1 [cited 2012-07-01], pp. 133-162.
 22. PAJUELO, Jaime y MEDRANO, Mery. El uso de diferentes poblaciones referenciales en el diagnóstico de los principales problemas nutricionales en niños y adolescentes. *An. Fac. med.* [online]. 2009, vol.70, n.3 [citado 2014-09-07], pp. 193-198 .
 23. Gotthelf Susana J., Jubany Lilián L.. Comparación de tablas de referencias en el diagnóstico antropométrico de niños y adolescentes obesos. *Arch. argent. pediatr.* [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2011 Sep 21]; 103(2): 129-134.
 24. Cristian A Rojas-Barahona, Beatriz Zegers, Carla E Förster . La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 791-800
 25. Juliana Burges Sbicigo, Denise Ruschel Bandeira, Débora Dalbosco Dell'Aglio. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, v. 15, n. 3, p. 395-403, set./dez. 2010 395
 26. Aguilar Javier, Aguilar Amira. Validez de constructo de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos. *Acta de investigación*

psicol [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Sep 08] ; 3(3): 1228-1237.

27. Hilda Juanita Aguilar Navarro,* Patricia Pérez Cortes,‡ Enrique Díaz de León González,§ Héctor Cobos-Aguilar II. Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años* HGZ No. 4 IMSS. Guadalupe, N. L. Pediatría de México Vol. 13 Núm. 1 – 2011
28. Ruth Asuero Fernández, María Luisa Avargues Navarro, Beatriz Martín Monzón y Mercedes Borda Mas. Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima. Escritos de Psicología, Vol. 5, nº 2, pp. 39-45 Mayo-Agosto 2012
29. Virginia Franco Pedraza MsC: María Zayda Guridi González Lic. Daimir Cobo Collazo. comportamiento de factores psicologico de adolescentes obesos atendidos en el hospital pediatrico leonor perez. la habana 2010

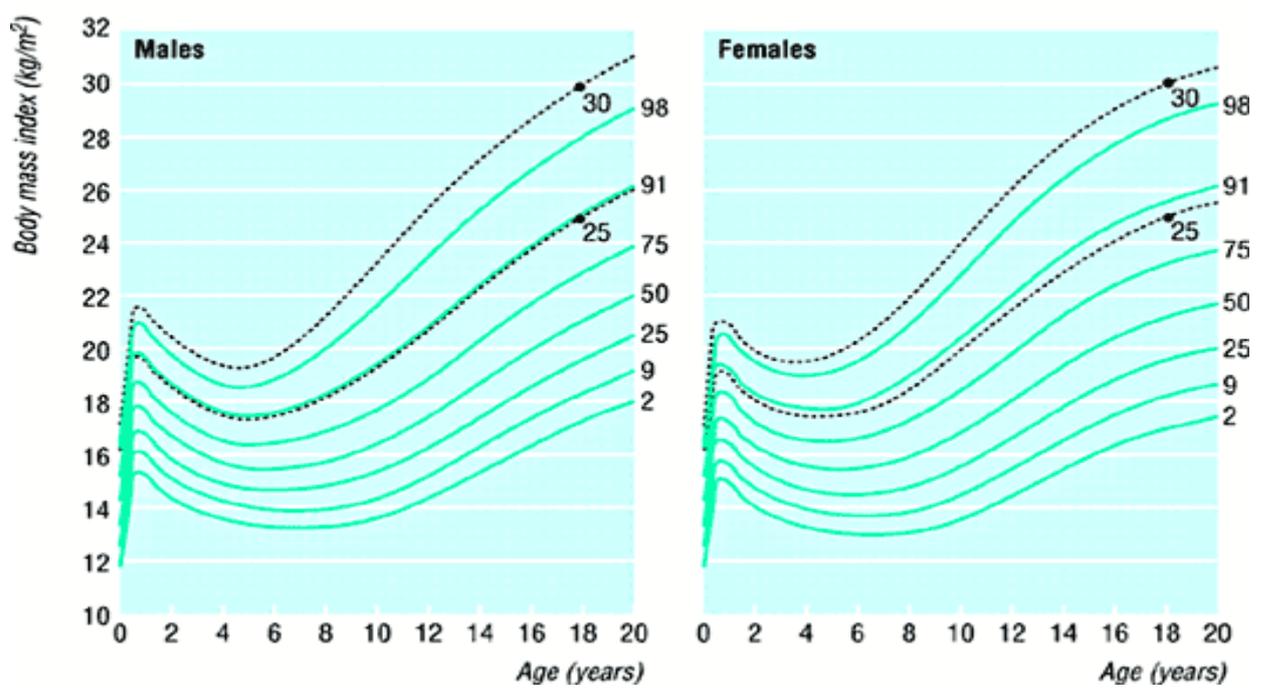
ANEXOS

Anexo 1.

TABLA DE COLE ET AL.

IMC 25 Kg/m²= Sobrepeso.

IMC 30 Kg/m² = Obesidad.



Anexo 2.

Correlación de IMC con Tablas de COLE por edad y género.

Edad Años	Sobrepeso		Obesidad	
	H	M	H	M
12	21.4	21.9	26.2	27.1
13	22.1	22.8	27.1	28.0
14	22.8	23.5	27.8	28.7
15	23.4	24.1	28.5	29.2
16	24.0	24.5	29.0	29.5
17	24.5	24.8	29.6	29.8

ANEXO 3.

DATOS GENERALES

I. Datos de identificación:

Nombre: _____

Edad _____

Sexo _____

Peso _____

IMC _____

Ubicación en Percentilas _____

Resultado de la escala de Rosenberg _____

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha-----

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE OBESO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE NUEVA ROSITA COAHUILA.-----

Registrado ante el comité local de investigación clínica con el número----- 506-----el objetivo del estudio es Determinar el grado de

afección del autoestima del adolescente obeso Se me ha explicado que mi participación consistirá en:-----Contestar un test de autoestima que tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma---

declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes;----- sin ningún inconveniente para mi solo lo que significa participar en un estudio.-----

-El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

Nombre y firma del paciente

Datos del investigador responsable. DR. HORACIO ZUÑIGA ZAMORA 99056159.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio. TELEFONO; 8661150385

Testigos;

Anexo 5 Escala de Rosenberg.

A)Muy de acuerdo, B)De acuerdo, C)En desacuerdo, D)Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				



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 506
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 07/09/2012

DR. HORACIO ZUÑIGA ZAMORA

P R E S E N T E

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

AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE OBESO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE NUEVA ROSITA COAHUILA.

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-2012-506-20

ATENTAMENTE

DR. (A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CÉDULA PARA LA VALORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo de esta cédula, es hacerle llegar a usted los comentarios de su investigación. Para la aprobación de ésta, es indispensable efectuar los cambios señalados en los apartados correspondientes. Resulta conveniente consultar estas recomendaciones con su profesor titular y/o asesor.

NOMBRE DEL ALUMNO: DR. HORACIO ZUÑIGA ZAMORA

SEDE ACADÉMICA: HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 24
NUEVA ROSITA COAHUILA

FECHA DE REVISIÓN DEL TRABAJO: 04 DE FEBRERO DEL 2014

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO: AUTOESTIMA DEL ADOLESCENTE OBESO EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE NUEVA ROSITA COAHUILA

NOMBRE DEL PROFESOR QUE REVISÓ EL TRABAJO: DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO

No. DE REVISIONES: SEGUNDA REVISION

HOJAS FRONTALES:

TÍTULO:

ÍNDICE:

MARCO TEÓRICO:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

JUSTIFICACIÓN:

OBJETIVOS:

HIPÓTESIS:

METODOLOGÍA:

RESULTADOS:

ANÁLISIS:

CONCLUSIONES:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANEXOS:

OTRAS OBSERVACIONES: DR.HORACIO ZUÑIGA ZAMORA SU TRABAJO ESTA
AUTORIZADO

ATTE. DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO

NOTA: LOS APARTADOS SIN COMENTARIOS NO REQUIEREN MODIFICACIÓN