



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo**

**“RELACIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD CON LA AUTOPERCEPCIÓN
DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN POBLACIÓN ADULTA
JOVEN DE LA UMF 20 DEL IMSS”.**

TESIS

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

PRESENTA:

DRA. LESLIE SOLEDAD LOPEZ REBOSEÑO

TUTORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

GENERACIÓN 2014-2017

CIUDAD DE MÉXICO 2016





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.

TUTORA:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF NO. 20**

Vo. Bo.

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
EN LA UMF No. 20**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 20**

DEDICATORIAS

A **mis padres**, Gerardo y Mary, por darme la vida, por su esfuerzo, por su comprensión y amor incondicional. Saben que están en cada proyecto de mi vida y que gracias a ustedes he logrado convertirme en la mujer que soy.

A **mi familia querida**, Olga, Lucrecia, Karen, Carolina, Sebastián y resto de la familia Paredes por abrigarme en su hogar, por su apoyo incondicional durante una etapa crucial en mi vida, por su gran ejemplo de tenacidad, unión y perseverancia; porque aunque lejos y distante, siempre los tengo presentes, mi infinita gratitud a ustedes.

A **mis amigos y compañeros**, en especial a Dana, Bren, Clau, Cris, Miguis y Alonso. Por ser mi segunda familia, por compartir este pedazo de historia, y caminar juntos, por su apoyo y porque solo ustedes saben todo lo que esto ha implicado, cada uno de ustedes me ha transmitido una gran lección y en ustedes encuentro el verdadero significado de la palabra amistad, los amo amigos.

A **mi am**, por ser un gran compañero de vida, por tus abrazos, consejos y dulces palabras de amor, por compartir nuestros sueños, por seguir en esta maravillosa aventura. Eres un hombre de gran corazón y parte fundamental de este logro.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios:

Por estar siempre a mi lado, por sus bendiciones y sus pequeños milagros que iluminan mi vida, por escucharme y protegerme. Por tomarme entre sus manos y colocarme siempre en el lugar correcto, por darme esta vida tan maravillosa y mostrarme que todo tiene solución.

A mi familia:

Por ser mi apoyo incondicional, por estar siempre pendiente de mis planes, de mis sueños y formar parte de ellos, por su motivación, comprensión y sobre todo por su amor, ustedes son parte esencial de mi vida.

A mi padre, por ser un ejemplo de responsabilidad, compromiso y perseverancia, demostrarme que todo es posible y que siempre estarás a mi lado, porque detrás de esa gran fortaleza, encuentro un hombre amoroso y noble.

A mi madre, por su infinito amor, por su entrega, por darme el balance indispensable en mi vida, por tu bondad y por ser mi mayor soporte en los días más difíciles de este largo camino.

A mi hermana, por permitirme asumir una figura de ejemplo, por mostrarme el lado alegre de las situaciones, por ser mi amiga y alentarme a continuar en esta aventura.

A mi hermano, por ser un gran compañero, por demostrarme su admiración y su gran cariño.

A mi Tammy y Dona, por su patita amiga y por sus demostraciones de amor.

A mi am:

Por tu presencia, aun cuando estoy ausente. Coincidimos en un tiempo imperfecto, en el cual decidimos adentrarnos, con múltiples enseñanzas, que forman parte de la profesionista y ser humano que soy. No han existido palabras para plasmar todo lo que significas para mí, por ser mi cómplice, mi amigo de aventuras, por impulsarme a alcanzar mis sueños y permanecer a mi lado, por tus múltiples detalles y muestras de

amor. Por ayudarme a construir un presente, aprender de un pasado y visualizar un futuro. Por darle un significado diferente a la palabra amor. Por tu lucha constante. Porque eres mi am y sobre todo por ayudarme en mi reencuentro. Te amo.

A mis tutoras:

Dra. Carmen y Dra. Santa porque ambas han sido profesionistas comprometidas con el aprendizaje, por sus conocimientos compartidos, por sus peticiones, experiencias y por su apoyo. Por ofrecerme las herramientas necesarias para la vida profesional que implica el reto de ser Medico Familiar. Por inculcarme valores que me hacen mejor profesionista y ser humano. Gracias por su paciencia y comprensión.

INDICE

	PAG
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVOS	13
HIPÓTESIS	14
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES	34
COMENTARIO Y RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS	40

RELACIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN DE LA UMF 20 DEL IMSS.

LÓPEZ -REBOSEÑO LS ¹; AGUIRRE-GARCIA MC².

1. Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20
2. Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 20

La obesidad constituyen un problema de salud, genera 2.8 millones de muertes por año. Asociándose a numerosos problemas de salud y consecuencias físicas o psicológicas, como perdida de autoestima, distorsión de la imagen corporal así como desordenes alimenticios. **Objetivo:** Determinar la relación del sobrepeso y obesidad con la autopercepción de la imagen corporal y autoestima en población adulta joven de la UMF 20 del IMSS. **Metodología:** Estudio transversal analítico en el periodo del 1 al 31 de mayo del 2016, en pacientes adultos jóvenes de 20 a 35 años con sobrepeso y obesidad derechohabientes de la UMF No.20. Previo consentimiento informado se aplico el Test de Siluetas de Montero y Escala de Autoestima de Rosenberg. Se utilizo estadística inferencial con OR IC al 95% y χ^2 considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$. **Resultados:** Media de edad de 29.40 ± 4.63 (rango 20-30); sexo femenino 59.7% (n=81); casados 44.3% (n=62), escolaridad preparatoria 35% (n=49). Sobrepeso 60.7%(n=85) y obesidad 39.3% (n=55).

La autoimagen corporal percibida con mayor frecuencia fue: mas obeso 54.3%(n=76), más delgado 44.3%(n=62) y normal 1.4%(n=2). Presentaron autoestima normal 74.3%(n=104).

No se encontraron asociaciones entre la autopercepción y autoestima.

Se encontró asociación del Test de siluetas de Montero con el índice de masa corporal con una correlación positiva de .625 con una p de .000 es decir que a mayor índice mayor percepción de sobrepeso.

Conclusiones: se encontró que la percepción de la imagen corporal se sobreestima, sin embargo, no se asocia con alteración en el nivel de autoestima.

Palabras clave: sobrepeso, obesidad, autopercepción, autoestima.

**RELATION OF THE OVERWEIGHT AND OBESITY WITH THE SELF-
PERCEPTION OF THE CORPORAL IMAGE AND SELF-ESTEEM IN YOUNG
ADULT POPULATION OF THE UMF 20 OF IMSS.**

LÓPEZ -REBOSEÑO LS ¹; AGUIRRE-GARCIA MC².

1. Resident of the specialization courses in Familiar Medicine UMF 20
2. Professor Titular of the Specialization courses in Familiar Medicine UMF 20

The obesity comprises a health problem, it generates 2.8 million deaths per year. It is associated to numerous health problems, also, physical or psychological consequences such as loss of self-esteem, distortion of the corporal image, as well as, nutritional disorders. **Objective:** To determine the relationship between overweight or obesity and self-perception of the corporal image, also self-esteem in young adult population at UMF 20 from IMSS. **Methodology:** Analytical cross-sectional study over the period from the 1 to the 31 of May of the 2016, in young adult patients from 20 to 35 years with overweight and obesity grantees at UMF 20 who were previous informed and consented. I applied the Test of Silhouettes of Montero and Rosenberg self-esteem scale. I used inferential statistic with OR IC to 95% and χ^2 considering significance statistical when $p \leq 0.05$. **Results:** Age Average 29.40 ± 4.63 (rank 20-30); female 59.7% (n=81); married 44.3% (n=62), senior high school 35% (n=49). Overweight 60.7% (n=85) and obesity 39.3% (n=55).

The most frequently corporal self-perception perceived was obese 54.3% (n=76), thinner 44.3% (n=62) and normal 1.4% (n=2). They had normal self-esteem 74.3% (n=104).

Associations between the auto-perception and self-esteem were not found.

It was found an association of the Test of silhouettes of Montero with the index of corporal mass with a positive correlation of 625 with one p of .000, in other words, the greater index, the greater perception of overweight.

Conclusions: It was found that body image perception is overestimated, however, is not associated any alteration in the level of self-esteem.

Key words: overweight, obesity, self-perception, self-esteem.

INTRODUCCION

En México, la agenda de salud pública es muy compleja y representa un gran reto para el gobierno federal, por un lado, nos enfrentamos a enfermedades propias del subdesarrollo como la desnutrición y las infecciones gastrointestinales, y por el otro, contamos con padecimientos típicos de los países desarrollados como la hipertensión, cáncer y obesidad.

En México, las enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad (desequilibrio entre la cantidad de calorías ingeridas a través de alimentos ricos en grasas y azúcares, y una escasa actividad física), están dominando el panorama de la salud, ya que desembocan en discapacidad y sus complicaciones representan la principal causa de muerte en nuestro país.

La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha convertido en un asunto prioritario para los gobiernos y los sistemas administrativos de la economía mundial. Esto, debido a su impacto y a las potenciales consecuencias en la salud y la calidad de vida de los individuos que la padecen y de sus familias, así como en los sistemas de salud y en la economía global. Es un padecimiento multifactorial con orígenes prenatales y posnatales que son bien conocidos y que permiten señalar claramente las oportunidades de prevención y tratamiento que deben ser llevadas a la práctica.

Así, es necesario que el profesional de la salud cuente con un conocimiento profundo de la enfermedad y de sus complicaciones, así como de las opciones existentes para su tratamiento; desde el manejo de conductas para la adquisición de un estilo de vida saludable hasta los fármacos, nutrientes y opciones quirúrgicas, a fin de lograr contener el impacto que tiene sobre los años de vida saludable, la esperanza de vida y la salud laboral de los individuos del mundo entero.¹⁴

El índice de masa corporal es un indicador objetivo del peso, a diferencia de las escalas de imágenes corporales, que son una forma subjetiva para determinar la grasa corporal. Las escalas de imágenes corporales se usan para valorar la autopercepción de la imagen corporal entre diferentes grupos de edad, sexo, etnia, religión y ciudad.

La correlación encontrada entre el IMC y auto percepción de la imagen corporal comparada con otros estudios es baja; en algunos estudios esta correlación alcanza hasta 82%: a mayor IMC la persona identifica una figura más obesa como la propia.

Es importante identificar las causas que expliquen la discrepancia entre la imagen percibida por el sujeto como propia en correlación con el IMC. Entre las posibles explicaciones a este fenómeno se propone que algunos individuos tienen un concepto deficiente de lo que son el sobrepeso y la obesidad. Otra posible explicación es la subestimación o negación de la enfermedad.²¹

La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes, ya que para esta población la apariencia es más centrada en el autoconcepto, no obstante los pacientes con obesidad a menudo también tiene distorsiones perceptuales que le hacen tener insatisfacción corporal y generar una mayor compulsión hacia los alimentos, como una defensa ante la sensación de emociones.²²

El médico familiar juega un papel importante ya que es el primero en otorgar la atención en los diferentes niveles de salud, por lo cual en primer lugar el lograr el diagnóstico adecuado que nos permita clasificar a los pacientes de acuerdo a su índice de masa corporal, y de esta manera al otorgar una atención continua e integral pueda llevar un seguimiento y referir de manera oportuna a los pacientes a los diferentes servicios que se ofrecen en las unidades médicas familiares, tales como dietología, psicología e integración de los programas ofrecidos en nuestra institución como el PrevenIMSS.

La oportuna detección de los pacientes que presentan sobrepeso y obesidad, nos permitirá modificar y/o elaborar nuevas estrategias que ofrezcan un manejo multidisciplinario a los pacientes, dentro del cual se incluya el abordaje psicológico de los mismos.

MARCO TEORICO

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de tejido adiposo en el organismo y estructuralmente es el resultado del incremento total de adipocitos y/o el incremento en la cantidad de grasa de estas células.

Aunque los términos de sobrepeso y obesidad se usan recíprocamente, el sobrepeso se refiere a un exceso de peso corporal comparado con la talla, mientras que la obesidad se refiere a un exceso de grasa corporal. En poblaciones con un alto grado de adiposidad, el exceso de grasa corporal (o adiposidad) está altamente correlacionado con el peso corporal. Por esta razón el IMC es una medición válida y conveniente de adiposidad. El IMC se calcula al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2). Un IMC mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ se define como sobrepeso, y un índice de masa corporal mayor a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ como obesidad.¹

La obesidad es causa principal de mortalidad cardiovascular en el mundo y están asociados a ella, numerosos problemas de salud, como las enfermedades de la vesícula biliar, diversos tipos de cáncer y la osteoartritis entre otras. La obesidad es considerada, de hecho, el factor principal de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 al atribuírsele 61% de la prevalencia.

Cada año mueren en el mundo 2.8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad, las cuales aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes Mellitus tipo 2 y algunos tipos de cáncer frecuentes.

La obesidad ha sido llamada “la Epidemia del Siglo 21” porque constituye un problema que se presenta en forma reciente en todo el mundo.^{1,2}

En Europa la prevalencia de obesidad ha aumentado 3 veces en los últimos 2 décadas con cifras cercanas al 50% de sobrepeso en adultos y de un 20% en niños, de estos; un tercio son obesos y las cifras aumentan rápidamente.

En los Estados Unidos el porcentaje de adultos que son obesos ($\text{IMC} > 30$) subió de 15,3% en 1995 a 23,9% en 2005 de los cuales el 4,8 % tiene un $\text{IMC} > 40$. La obesidad, particularmente abdominal, está asociada con riesgo aumentado de hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y enfermedad coronaria; de esta manera se estima que la obesidad podría llevar a una disminución en la esperanza de vida en USA en el Siglo 21.

En los países en desarrollo en los últimos 20 años, las cifras de obesidad se han triplicado en la medida en que estos se han “occidentalizado” en su estilo de vida, aumentando el consumo de comida barata con alto contenido calórico y simultáneamente, han disminuido su actividad física. Estos cambios en el estilo de vida también afectan a los niños: la prevalencia de sobrepeso en ellos es del 10 al 25% y la prevalencia de obesidad está en rangos del 2 al 10%.¹

La OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.³ Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano. La “transición nutricional” se caracteriza por un escaso consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres. A esto se suma un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, como la leche, las carnes, los cereales refinados y los alimentos procesados. Estas características de la alimentación constituyen un factor clave que genera un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

Las encuestas de población de América Latina y el Caribe indican que, en 2002, entre 50 y 60% de los adultos y entre 7 y 12% de los niños menores de 5 años de edad exhibían sobrepeso o eran obesos. En Chile y México, las encuestas nacionales de 2004 indicaron que 15% de los adolescentes eran obesos. La prevalencia del sobrepeso en los adultos es de 45 y 65% en Canadá y los Estados Unidos de América, respectivamente. Además, 30 a 60% de la población de la Región no logra siquiera realizar el mínimo de actividad física recomendado.⁴

La prevalencia mundial de la obesidad (índice de masa corporal mayor o igual a 30kg/m^2) casi se duplicó entre 1998 y 2008. En 2008 el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres del mundo (es decir, 500 millones de personas) eran obesos, mientras que en 1980 lo era el 5% de los hombres y el 8% de las mujeres.

Los mayores porcentajes de personas con sobrepeso u obesidad se registran en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos sexos; obesidad:26%) y los más bajos, en la Región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14% en ambos sexos, obesidad:3%).⁵

Conviene tener presente que en la génesis de los problemas de salud también participa el tejido adiposo visceral, principalmente el intra-abdominal y retroperitoneal. El

adipocito del tejido visceral en las personas con aumento de la grasa intra-abdominal, secreta sustancias proinflamatorias como citocinas y otras como leptina y adiponectina, factores de riesgo para el síndrome metabólico que antecede a los problemas de salud relacionados con enfermedades crónicas degenerativas.⁶

La obesidad constituye un problema de salud, económico, social y psicosocial, que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento en el uso de los servicios de salud, disminución en la calidad de vida, incapacidad y estimación social.⁷

En México, el riesgo de desarrollar enfermedad se calculó a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000). En el diseño de la ENSA 2000, se puso un énfasis especial en los factores que están relacionados con la presencia de enfermedades crónicas, tales como el sobrepeso y la obesidad. Su análisis evidenció algo sumamente preocupante: las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adultos están entre las más altas del mundo.⁸ El sobrepeso y la obesidad se han convertido en el factor de riesgo modificable más importante del país.^{9, 10} En la actualidad 71.3% de los adultos mexicanos padece esta condición, con una prevalencia ligeramente elevada en las mujeres. Por grupo de edad la obesidad es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señala que 73% de los adultos y la tercera parte de los niños y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad. Hasta 87% de los adultos y 39% de los adolescentes atendidos en las instituciones del sector salud tiene esta afección clínica, que aumenta la morbilidad, la mortalidad y los costos de atención.

En México, se estima que la atención de enfermedades causadas por la obesidad y el sobrepeso, tienen un costo anual aproximado de 3 500 millones de dólares.⁷

La medición del peso y talla de los pacientes forma parte del quehacer de los trabajadores de la salud, porque son auxiliares indispensables para diagnosticar o dar seguimiento al curso de las enfermedades en las diferentes edades de la vida. Por su parte, el sobrepeso y la obesidad sobresalieron como problemas prioritarios para su atención en la población derechohabiente del IMSS; como se describe en los resultados, de una encuesta realizada en 180 unidades de medicina familiar de todas las delegaciones del IMSS, su prevalencia aumentó en ambos sexos desde el primer decenio de la vida, alcanzando más de 80 % en hombres y mujeres en la quinta y sexta década de la vida, de ahí la importancia de tener muy en cuenta esta información en la programación y planeación de programas preventivos.⁶

Las clasificaciones más utilizadas para definir obesidad en adultos se describen a continuación, se describen algunas consideraciones de cada clasificación:

- Índice de masa corporal. Es el indicador más útil para evaluar la composición corporal a nivel poblacional, porque es de bajo costo, fácil aplicación y la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni la edad en la población adulta. Si bien no es infalible, es una herramienta de tamizaje con un valor predictivo positivo sumamente alto.
- Circunferencia de cintura (CC). Es un indicador de adiposidad central muy útil para evaluar riesgo cardiovascular. Al igual que el IMC, es de fácil aplicación, bajo costo y no invasivo. Aunque no ajusta para la estatura, debido a la poca variabilidad en gran parte de la población, esto no afecta de forma importante su valor predictivo. Entre sus desventajas está que es una medición que depende mucho del evaluador, a diferencia del IMC.
- Por fenotipo. Aunque es poco frecuente que se utilicen otros métodos para la evaluación y pronóstico de la obesidad, desde la perspectiva anatómica es posible reconocer cuatro tipos de exceso de peso de acuerdo con su fenotipo: exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación (periférica), exceso de grasa subcutánea en el tronco y el abdomen (androide), exceso de grasa abdominal visceral (central) y exceso de grasa en la región glútea y femoral (ginecoide).¹¹

A pesar de que la población mexicana representa uno de los grupos de estudio más interesantes (debido a su mestizaje étnico y la prevalencia elevada de obesidad) para la identificación de los genes que participan en la obesidad poligénica, pocos son los estudios realizados en este campo; siendo la gran mayoría de ellos en población México-americana. En población mexicana mestiza residente de la ciudad de México, se ha confirmado la participación de algunos genes ya conocidos como es el receptor de peroxisoma-proliferador-activado gamma; así como de otros cuyo papel en el desarrollo de la obesidad aún está en discusión, tal es el caso del gen INSIG2, el cual disminuye el riesgo de obesidad en nuestra población, contrario a lo reportado por Herbert y colaboradores para la población caucásica y afroamericana. De igual manera, se han logrado identificar genes que no han sido previamente relacionados a la obesidad como es el transportador ABCA1, el cual es un importante factor de riesgo tanto para la obesidad como para fenotipos relacionados a ésta (síndrome metabólico y la diabetes tipo 2).¹²

Se ha sugerido mayor susceptibilidad genética a la obesidad en población mexicana comparada con otras poblaciones. Sin embargo, los factores genéticos no explican los aumentos inusitados de la prevalencia de obesidad en la población mexicana en un periodo tan corto. Este gran aumento en la prevalencia de obesidad parece obedecer a cambios en el entorno. Más aún, dado que las prevalencias de Diabetes Mellitus tipo 2 y la tasa de mortalidad por esta enfermedad son notablemente mayores en la población mexicana que reside en México, en comparación con la que se observa entre los mexicanos que viven en EE.UU., se piensa que otros determinantes, además de los genéticos, tienen un gran peso en la etiología y el curso de la obesidad, la hipertensión y la Diabetes Mellitus tipo 2.¹¹

Debido al gran impacto que tiene la obesidad en la mayoría de las enfermedades crónicas, es necesario evaluarla en cada estudio sobre los determinantes de la salud en poblaciones de adultos.¹³

Entre los factores prenatales se pueden considerar los de carácter pregestacional que están determinados, entre otras cosas, por el estado nutricional y de salud del hombre y la mujer, seguidos por aquellos que determinan la salud fetal, entre los que destacan la salud nutricional y metabólica de la mujer gestante, la integridad funcional y estructural de la placenta, además del bienestar y salud del producto en sí. El desajuste nutricional de la madre altera el matroambiente; en el bebé tiende a priorizar el desarrollo de estructuras como el sistema nervioso central sobre la integridad estructural y funcional de otras áreas de la economía corporal. El resultado es un fenómeno de programación metabólica temprana, derivada de un trastorno temprano del desarrollo que, hoy día, se reconoce como el origen real de los procesos mórbidos crónicos del ser humano, la razón de su réplica transgeneracional, y señala la oportunidad de precisar acciones de prevención temprana, suficientes para contener la evolución de la pandemia, promover la concepción, gestación y nacimiento de nuevas generaciones y, en su caso, detectar tempranamente a los que nacen con riesgo y evitar que aflore durante la vida extrauterina en un ambiente de alto riesgo, la programación adquirida en la etapa prenatal.

Entre las causas posnatales tradicionalmente se distingue al estilo de vida caracterizado por una dieta con un consumo calórico superior al requerido por el individuo, además de un perfil sedentario que condiciona un balance energético positivo y el desarrollo

subsecuente de obesidad. La ingesta de una dieta hiperproteínica en la niñez, así como la rápida recuperación nutricional de los niños con bajo peso al nacer para la edad gestacional, se han relacionado claramente con sobrepeso y obesidad en etapas posteriores; esto, aunado a la disminución en la frecuencia de alimentación con leche materna (de forma exclusiva durante los primeros meses de vida) y a la introducción temprana de alimentos y bebidas de alta densidad energética.¹⁴

Es importante también conocer las consecuencias de la obesidad, las cuales pueden ser físicas o psicológicas; dentro de las físicas, estudios epidemiológicos realizados en Australia y diversos países de América y Europa demuestran que los riesgos principales son los incrementos metabólicos, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la intolerancia a la glucosa. Por otra parte, dentro de las implicaciones psicológicas se enlistan importantes alteraciones emocionales y elevados niveles de ansiedad y depresión. A su vez se menciona que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión. Relacionado con esto último, el tener problemas de obesidad es una amenaza decisiva para la salud y la felicidad de la persona, tanto en la vida diaria como en la vida entera.

La autoestima se define en términos de la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo; este sentimiento expresa el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio personal que tiene de sí mismo una persona; es una experiencia subjetiva que el individuo expresa verbalmente y mediante ciertos rasgos de comportamiento.¹⁵ Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Es confianza, valoración y respeto por uno mismo, una respuesta psicológica que se describe normalmente como de naturaleza afectiva o basada en el sentimiento positivo versus negativo, o aceptación versus rechazo. Dicha autoestima se divide en baja autoestima y buena autoestima. Baja autoestima se refiere a aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus facultades y que necesitan la aprobación de los demás ya que suelen tener diversos complejos, todo lo cual ocasiona un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. También se pueden encontrar pensamientos negativos, los

que pueden conllevar la depresión. Por otra parte, la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio emocional, que son capaces de disfrutar situaciones sociales, pero también de la soledad, que tienen una buena autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos a los que transforman en pensamientos positivos y buena motivación.¹⁶

Autopercepción de la imagen corporal

La imagen que cada individuo tiene de su propio cuerpo es tan subjetiva que no necesariamente ha de coincidir con la que de él tienen los demás. En la autopercepción corporal influyen múltiples factores que interaccionan entre sí, como las vivencias afectivas y experiencias que van consolidando la personalidad o la autoestima.

Los test de autopercepción de la imagen constituyen un buen instrumento de detección precoz de la distorsión e insatisfacción con la propia figura que puede llegar a desembocar en una grave alteración de la conducta alimentaria.¹⁷

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. La imagen corporal se compone de varias variables:

- Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.
- Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico. La imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. La imagen corporal va construyéndose evolutivamente.¹⁸

Se ha visto que la construcción de la imagen corporal se relaciona con factores cognitivos, emocionales, afectivos y conductuales. Los estudios más holísticos de la distorsión de la imagen corporal y de la insatisfacción con la imagen corporal toman en cuenta factores socioculturales que pueden determinar a ambos. Por otro lado, la obesidad es una Condición muy dependiente de factores culturales. Algunos incluso definen la obesidad como un síndrome de afiliación cultural.

La imagen formada en la mente no necesariamente representa al cuerpo fidedignamente. Cuando una imagen corporal no coincide con el cuerpo del sujeto es que podemos hablar de distorsión de la imagen corporal.

La distorsión de la imagen corporal, junto con la insatisfacción con la imagen corporal, está ampliamente relacionada con desórdenes alimenticios. Tanto la distorsión auto percibida como auto imaginada del cuerpo pueden encontrarse en los inicios de la historia natural de estos desórdenes.¹⁹

La autopercepción del peso (percepción de la figura corporal de uno mismo) juega un rol importante en la salud; por ejemplo, se han descrito efectos psicológicos negativos derivados de una pobre imagen corporal y de la percepción distorsionada del peso, tales como baja autoestima, ansiedad y depresión.

La obesidad y el sobrepeso presentan una creciente prevalencia en nuestro país, y a pesar de que constituyen un importante problema de salud, afrontarlo es complejo; la valoración de la propia imagen corporal puede ser de ayuda, basada en el autoconocimiento y en la convicción de obtener un peso más saludable a partir de ceder a la resistencia a cambiar por un estilo de vida más saludable. La imagen corporal es la representación mental del tamaño, figura y constitución del propio cuerpo, y comprende un componente perceptivo (tamaño corporal, por ejemplo) y una dimensión subjetiva, la cual constituye el esquema psicológico que el sujeto tiene de su cuerpo como consecuencia de sus vivencias personales, la forma de internalizarlas y el ambiente sociocultural en el que se desarrolla. Es propia de cada persona y le permite expresarse y comunicarse con otras personas.²⁰

En los últimos años se han utilizado imágenes de siluetas corporales tanto para identificar la autopercepción y satisfacción de la imagen corporal como para valorar el estado nutricional de los individuos evaluados con estas imágenes. En fecha reciente, a partir de estudios de satisfacción de la imagen corporal mediante siluetas corporales,

surgió la idea de usar este instrumento como un indicador de la conceptualización que el individuo tiene de sí mismo sobre su peso y su entendimiento cognoscitivo-cultural de lo que el sobrepeso y la obesidad son. Se observó que la correlación entre autopercepción de la imagen corporal y el índice de masa corporal (IMC) era satisfactoria, pero que variaba según la región y el grupo social estudiado. Algunos estudios informaron que la percepción del peso corporal es un factor determinante de los hábitos alimenticios y el control del peso.²¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de vital importancia tomar en cuenta no sólo la evolución de la enfermedad y sus consecuencias en los diferentes sectores que conforman la sociedad, el sentido y peso sociocultural indispensables para entender las condiciones históricas que han llevado al cambio en los hábitos alimenticios de los mexicanos. La globalización y la comercialización de la industria alimentaria que introduce un nuevo concepto de alimentos y dieta han segmentado la oferta de productos de consumo de acuerdo con el poder adquisitivo de la sociedad, entre más bajo sea el ingreso, se tendrá acceso a productos con una carga de grasas y azúcares mayor; por el contrario, si el ingreso es mayor, se podrán tener alimentos con características específicas tales como los orgánicos, libres de gluten y con endulzantes naturales. Lo anterior, aunado a la forma en que ha sido señalada la comida mexicana de poco saludable, lo cual ha permitido que se desarrolle una falta de arraigo sobre la cultura gastronómica nacional y una nula oposición a lo extranjero, llevando a una adopción más rápida de hábitos alimenticios diferentes a los propios.

Los hábitos alimenticios junto con los estilos de vida propios de la modernidad, tales como el uso de transporte público o privado para movilizarnos y las largas jornadas laborales han llevado a una disminución de la actividad física que se refleja en el aumento del sedentarismo en la sociedad. Esta vida más acelerada, así como la presencia de la mujer dentro de las actividades laborales, no permite la preparación de los alimentos en casa teniéndolos que substituir por productos procesados, que no siempre cumplen con los requerimientos dietéticos de la población, lo que lleva a un cambio en los patrones alimenticios de las familias.

Y por último, la percepción que se tiene actualmente sobre la obesidad y la belleza se establece por patrones socioculturales, hay que recordar que este padecimiento se ve más como algo estético y no de salud, es por eso que encontramos un abanico de productos muy amplio para que las personas se vean mejor y no para que estén saludables, esto nos lleva a la búsqueda de una imagen ideal que debe ser cumplida por todos los miembros de la sociedad.²³ Es por ello que el presente estudio pretende responder la siguiente incógnita:

¿Cuál es la relación del sobrepeso y obesidad con la autopercepción de la imagen corporal y autoestima en población adulta joven de la UMF 20 del IMSS?

OBJETIVOS

Objetivo general

- ✓ Relacionar el sobrepeso y obesidad con la autopercepción de la imagen corporal y autoestima en población adulta joven.

Objetivos específicos

- ✓ Describir las características sociodemográficas de los pacientes ambos sexos de entre 20 y 35 años (edad, escolaridad, estado civil, sexo).
- ✓ Estratificar el índice de masa corporal de acuerdo a la somatometría.
- ✓ Identificar el grado de auto percepción de la imagen corporal y autoestima de los pacientes con sobrepeso y obesidad.
- ✓ Correlación entre el IMC y la autopercepción en los pacientes con sobrepeso y obesidad.

HIPÓTESIS

Alterna

La autopercepción de la imagen corporal es diferente con la estratificación de sobrepeso/obesidad.

Los pacientes con sobrepeso/obesidad presentan problemas de autoestima.

Nula

La autopercepción de la imagen corporal es similar con la estratificación de sobrepeso/obesidad.

Los pacientes con sobrepeso/obesidad no presentan problemas de autoestima.

MATERIAL Y MÉTODOS

a. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO

El estudio se realizó en la zona Norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina familiar No. 20, ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero y con tutoría del personal de la Unidad de Medicina familiar No. 20.

b. DISEÑO: Transversal analítico, abierto

c. GRUPOS DE ESTUDIO

-Características del grupo de estudio:

-El estudio se realizó en derechohabientes de 20 a 35 años de edad ambos sexos quienes reunieron los criterios de inclusión.

-Criterios de inclusión:

-Derechohabientes de ambos sexos de 20 a 35 años de edad
-Consentimiento informado de aceptación de participación

-Criterios de exclusión:

-Pacientes en estado de gravidez

-Criterios de eliminación:

-Paciente que respondieron menos del 90% de la encuesta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se capturaron 140 pacientes durante el periodo del 1 al 31 de mayo a los derechohabientes de 20 a 35 años con sobrepeso y obesidad que acudieron a consulta externa de la UMF No.20.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Estratificación sobrepeso /Obesidad

Variable dependiente: Autoestima/Auto percepción de la imagen corporal

Otras variables de estudio: (sociodemográficas) Edad, sexo, escolaridad, estado civil

VARIABLES INDEPENDIENTES

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Pruebas estadísticas
Estratificación del sobrepeso y obesidad	La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. ²⁵	Se determinará mediante el Índice de Quetelec o índice masa corporal (IMC) esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros según la OMS ²⁵ IMC: Kg/m ² . Considerando: Sobrepeso IMC>25 Obesidad IMC>30 Obesidad leve IMC 30 a 34.9 Obesidad media IMC 35 a 39.9 Obesidad mórbida	Cuantitativa continua	Media Moda Desviación estándar

		IMC >40		
--	--	---------	--	--

VARIABLE DEPENDIENTE

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Pruebas estadísticas
Autoestima	Es el sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. ²⁶	Se medirá a través de la Escala de Rosenberg ²⁶ (Ver anexo 4) Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”; frases de las cuales 5 están enunciadas de forma positiva y 5 forma de negativa; de los ítems 1 al 5, las respuestas A - D se puntúan de 4 a 1, de los ítems del 6-10, las respuestas A- D se puntúan de 1 a 4. El cual se valora de 30 a 40 puntos (autoestima elevada) considerada como autoestima normal, de 26-29 puntos (autoestima media) no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla, menos de 25 puntos (autoestima baja) existen problemas significativos de	Cualitativa	Frecuencias y porcentajes

		autoestima.		
Autopercepción corporal	Es la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que el cuerpo se nos manifiesta. En este enunciado está implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con la apariencia física real; por el contrario, resalta la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo. ²⁷	Se medirá a través del Test de Siluetas de Montero ²⁸ (Ver anexo 3) para ello se diseñaron 7 modelos anatómicos para ambos sexos, correspondientes a valores de IMC de 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 kg7m ² . Entonces se restara el IMC real al del IMC percibido donde el resultado obtenido se divide en las siguientes categorías: 1. Se ve igual, cuando el valor es cero. 2. Se ve más delgado de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es superior a cero. 3. Se ve más gordo de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es inferior a cero.	Cualitativa	Frecuencias y porcentajes

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizo un estudio transversal analítico tomando en cuenta la medición de las variables en una sola ocasión.

Se le otorgo un consentimiento informado a cada participante que explico acerca del manejo ético de la información y que los datos que proporcionaron se mantendrían en anonimato y que no recibirían remuneración económica por su participación; se les comunico el objeto del estudio y en caso de no aceptar participar se les informo que no repercutirá en su atención, tratamiento o calidad de trato que se le otorga en la institución a cada uno de los pacientes que participaron en el estudio. (Ver anexo 1).

Posteriormente se aplico un cuestionario que incluyo variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil y sexo).

Se procedió a la toma de somatometría (peso y talla) en una balanza clínica. La balanza fue colocada en una superficie lisa, asegurándonos de que no existían desniveles. Para el registro de peso, el paciente debió estar con ropa holgada, en ayunas, luego de haber evacuado recto y vejiga, se colocaron ambas pesas en cero, el extremo común de las varillas, se mantuvo sin movimiento en la parte central de la abertura; se pidió al paciente que se quitara los zapatos, entonces en posición de pie se le coloco en el centro de la plataforma de la balanza, pidiéndole que permaneciera en posición erecta e inmóvil, entonces se movió la pesa, hasta que el extremo común de ambas varillas no se moviera, se registro la lectura en Kg y un decimal. En el caso de la talla se mantuvo al paciente en el centro de la plataforma, en posición de pie, cuidando que el mentón se ubicara recogido de manera que el borde inferior de la cavidad orbitaria se encontrara en línea horizontal con la parte superior del trago (plano de Frankfurt) entonces se movió el escalímetro hasta el vértex del cráneo y se registro la lectura en metros.²⁹

En base a los datos somatométricos recabados (peso y talla) se realizo el cálculo del índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelec de la OMS el cual es el resultado del cociente del peso en kilogramos entre la talla al cuadrado expresada en metros.²⁴

Se aplicaron 2 encuestas: Escala de autoestima de Rosenberg y Test de Siluetas de Montero.

A continuación se describen los instrumentos de evaluación que se utilizaron en dicha investigación:

1. Escala de autoestima de Rosenberg EAR (anexo 4) La EAR ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español, etc.

Recientemente, Schmitt y Allik³⁰ realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, en 48 de las cuales se presenta una confiabilidad sobre 0.75.

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. Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”; frases de las cuales 5 están enunciadas de forma positiva y 5 forma de negativa; de los ítems 1 al 5, las respuestas A - D se puntúan de 4 a 1, de los ítems del 6-10, las respuestas A- D se puntúan de 1 a 4. El cual se valora de 30-40 puntos (autoestima elevada) considerada como autoestima normal, de 26-29 puntos (autoestima media) no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla, menos de 25 puntos (autoestima baja) existen problemas significativos de autoestima.²⁶

2. Test de Siluetas de Montero. (Gutiérrez-Fisac, López, Rodríguez-Artalejo, Banegas y Guallar, 2002; Madrigal, Sánchez, Martínez-González, Kearney, Gibney y Martínez, 2000; Montero, Morales, y Carbajal, 2004; Rosen, Orosan, y Reiter, 1995). Se valorara la autopercepción de la imagen corporal con el Test visual de Siluetas de Montero (ver anexo 3); para ello se diseñaron 7 modelos anatómicos para ambos sexos, correspondientes a valores de IMC de 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 kg7m².²⁸ Una vez elegida la silueta, se restara el IMC real al del IMC percibido donde el resultado obtenido se divide en las siguientes categorías: 1. Se ve igual, cuando el valor es cero. 2. Se ve más delgado de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es superior a cero. 3. Se ve más gordo de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es inferior a cero.

La información obtenida se capturo en computadora en una base de datos de Excel, utilizando paquetería office 2010, Windows 8; posteriormente se analizaron con el programa estadístico SPSS y se llevo a cabo el análisis con estadística descriptiva e inferencial. Se emitieron las tablas de análisis de salida para el análisis de resultados y discusión, se realizo la redacción del escrito medico y se difundieron los resultados dándose por terminado el estudio.

ANALISIS DE DATOS

Se utilizó estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y frecuencias, porcentajes para variables cualitativas, pruebas de estadística descriptiva.

Estadística diferencial mediante Chi² para buscar la asociación entre las variables, así como el OR con IC al 95% considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Este estudio es factible y no se encuentra algún motivo para no llevarlo a cabo, toma consideraciones éticas, sustentándose con un consentimiento informado para su realización. No pone en riesgo la salud física ni psicológica, ni la integridad moral de ningún paciente, se tratará con respeto y dignidad a cada uno de sus participantes.

Riesgo de la investigación.

El estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de una encuesta bajo consentimiento informado por lo que no expone a las personas a ningún riesgo.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Al realizar este estudio se pretende determinar si la percepción que poseen las personas con sobrepeso y obesidad de su imagen corporal en realidad corresponde con la imagen real que poseen.

La detección inicial mediante la somatometría nos permitiera en el primer nivel de atención iniciar medidas preventivas para que aquellos pacientes detectados con sobrepeso puedan ser tratados de manera multidisciplinaria por lo que se enviarían de manera temprana a los servicios internos: trabajo social, nutrición (dietología), y de manera conjunta con el médico familiar evitar el incremento de peso. En aquellos casos detectados con obesidad brindar de igual manera el tratamiento multidisciplinario, con la finalidad de prevenir el desarrollo de comorbilidades aunadas a la obesidad. En ambas situaciones la detección de problemas en el nivel de autoestima y la discordancia que pueda presentarse en la representación de la autoimagen corporal,

permitiría abordar integralmente a los pacientes otorgando atención psicológica oportuna.

Confidencialidad

Se realizará de acuerdo a lo establecido en el Código de Núremberg, el cual es un sistema de principios de ética en investigación; fue el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado y expresión de la autonomía del paciente. Dentro de este código se cumplen ciertos principios para la realización de dicho proyecto como son: Absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto, el experimento será útil para el bien de la sociedad, el estudio será diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo, debe evitar todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, no se pondrá en peligro la vida del sujeto, no se pone de manifiesto algún daño, incapacidad o muerte, será conducido solamente por personas científicas calificadas y los sujetos a estudiar podrán salir del estudio en cualquier momento que ellos así lo deseen.

El informe Belmont presenta los Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

1. Respeto a las personas los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
2. Beneficencia.- El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
3. Justicia. Siempre que una investigación financiada con fondos públicos de como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que pueden pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de la investigación

La cuestión ética se basa de acuerdo al:

1. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

(Publicado en el Diario oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, se consagró como garantía social, el Derecho a la Protección de la Salud).

TITULO SEGUNDO De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

ARTÍCULO 13.- En éste toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal;
- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este
- Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética
- Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Considerándose como

I.- Investigación sin riesgo: Estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

2. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

1. En la investigación médica, 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 las personas que participan en investigación.

2. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

3. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

4. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta declaración.

5. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el

estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

6. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente

7. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

8. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

9. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

10. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

11. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

12. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria.

13. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información

personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

14. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

15. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización.

16. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal.

17. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes.

En cuanto a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial hace referencia al deber del médico de promover y velar por la salud de las personas, mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, promover el respeto a todos los seres humanos para proteger la salud y sus derechos individuales.

Dichas encuestas no contendrán nombre del paciente, únicamente serán identificados mediante un folio que se asignará en orden progresivo para lograr su verificación. Los resultados obtenidos se reportarán de manera anónima y se entregarán a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud para uso académico y científico de la investigación.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento

De acuerdo a la Ley General de Salud (artículos 21-2), en este estudio se incluirá una carta de consentimiento informado dirigida al paciente donde se le explicaran los riesgos y beneficios de su participación y en qué consistirá la misma.

RESULTADOS

Se realizaron 140 encuestas en población adulta joven de la UMF 20 del IMSS, ambos sexos, obteniendo los siguientes resultados del perfil sociodemográfico: media de edad de 29.40 ± 4.63 (rango 20-30); sexo femenino en el 59.7% (n=81); estado civil casados en el 44.3% (n=62), escolaridad preparatoria 35% (n=49). Cuadro 1.

CUADRO 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		
	N	%
Edad		
20-25	32	22.9
26-30	40	28.6
31-35	68	48.6
Sexo		
Masculino	81	57.9
Femenino	59	42.1
Estado civil		
Casado	62	44.3
Soltero	52	37.1
Unión libre	25	17.9
Divorciado	1	.7
Escolaridad		
Primaria	13	9.3
Secundaria	42	30
Preparatoria	49	35
Técnico	5	3.6
Licenciatura	30	21.4
Ninguna	1	.7
Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20		

El índice de masa corporal que predominó fue el sobrepeso 60.7% (n=85), encontrándose en segundo lugar la obesidad 39.3% (n=55). Cuadro 2.

CUADRO 2. INDICE DE MASA CORPORAL			
		N	%
IMC	Sobrepeso	85	60,7
	Obesidad	55	39,3
Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20			

En base al Test de Siluetas de Montero que refirió el paciente en el estudio, se apreció que la autoimagen corporal percibida con mayor frecuencia fue: mas obeso 54.3%(n=76), más delgado 44.3%(n=62) y normal 1.4%(n=2). Cuadro 3.

CUADRO 3. TEST DE SILUETAS DE MONTERO		
	N	%
Normal	2	1.4
Más delgado	62	44.3
Mas obeso	76	54.3
Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20		

En la Escala de Rosenberg que se empleo para evaluar el grado de autoestima, obtuvimos los siguientes resultados: los pacientes adultos jóvenes de la UMF 20 presentaron autoestima normal 74.3%(n=104). Cuadro 4.

Cuadro 4. ESCALA DE ROSENBERG		
	N	%
Normal	104	74.3%
Media	27	19.3%
Baja	9	6.4%
Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20.		

Se realizo el análisis bivariado para obtener la fuerza de asociación entre las variables. En el siguiente cuadro se puede observar la ausencia de relación en cuanto a la presencia de sobrepeso/obesidad y sexo, con predominio del género femenino para ambos grupos. Con una p de .081.

Se encontró un predominio del grado de preparatoria 36.5%(n=31) en relación con el grupo de sobrepeso y del grado de secundaria 38.2%(n=21) en relación con el grupo de obesidad. Sin significancia estadística.

De acuerdo a la relación en cuanto a sobrepeso/obesidad y estado civil se observo que en el grupo de sobrepeso predominaron los casados(as) 43.5%(n=37) así como en el grupo de obesidad 45.5%(n=25). Sin significancia estadística. Cuadro 5.

CUADRO 5. SOBREPESO/OBESIDAD EN RELACION AL PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

			Sobrepeso	Obesidad	p
SEXO	Femenino	N	44	37	.081
		%	51.8	67.3	
	Masculino	n	41	18	
		%	48.2	32.7	
ESCOLARIDAD	Primaria	N	7	6	.241
		%	8.2	10.9	
	Secundaria	N	21	21	.079
		%	24.7	38.2	
	Preparatoria	n	31	18	
		%	36.5	32.7	
	Técnico	n	4	1	
		%	4.7	1.8	
	Licenciatura	n	22	8	
		%	25.9	14.5	
Ninguna	n	0	1		
	%	0	1.8		
EDO.CIVIL	Casado	n	37	25	.584
		%	43.5	45.5	
	Soltero	n	34	18	.938
		%	40	32.7	
	Unión libre	n	13	12	
		%	15.3	21.8	
Divorciado	n	1	0		
	%	1.2	0		

Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20.

En relación a la autopercepción en base al Test de Siluetas de Montero se encontró que los pacientes con sobrepeso se percibieron como: más obeso 56.5%(n=48) y aquellos con obesidad: mas obeso 50.9%(28). Cuadro 6. Sin asociación significativa.

CUADRO 6. SOBREPESO/OBESIDAD EN RELACION A LA AUTOPERCEPCION EN LA POBLACION ADULTA JOVEN DE LA UMF 20.

			Sobrepeso	Obesidad	P
AUTOPERCEPCION	Normal	N	1	1	.791
		%	1.2	1.8	

Más delgado	N	36	26	.498
	%	42.4	47.3	
Más obeso	N	48	28	
	%	56.5	50.9	

Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20.

La relación del sobrepeso/obesidad con el autoestima reporto que en el grupo de sobrepeso predomino el nivel de autoestima normal 76.5%(n=65) y para el grupo de obesidad se encontró de igual manera autoestima normal 70.9%(n=39). Sin significancia estadística. Cuadro 7.

CUADRO 7. SOBREPESO/OBESIDAD EN RELACION AL AUTOESTIMA EN LA POBLACION ADULTA JOVEN DE LA UMF 20.

			Sobrepeso	Obesidad	P
AUTOESTIMA	Normal	N	65	39	.559
		%	76.5	70.9	.567
	Media	N	16	11	.331
		%	18.8	20	
	Baja	N	4	5	
		%	4.7	9.1	

Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20.

Al relacionar la autopercepción en base al Test de Siluetas de Montero con el nivel de autoestima encontrado con la Escala de Rosenberg se encontró que en el grupo de autopercepción: mas obeso 72.4% (n=55) el nivel de autoestima encontrado fue normal. Cuadro 8.

CUADRO 8. RELACION DE LA AUTOPERCEPCION Y AUTOESTIMA EN LA POBLACION ADULTA JOVEN DE LA UMF 20.

AUTOESTIMA			Normal	Media	Baja	P
AUTOPERCEPCION	Normal	N	1	1	0	.767
		%	50	50	0	.792
	Más delgado	N	48	10	4	.742
		%	77.4	16.1	6.5	
	Más obeso	N	55	16	5	
		%				

%	72.4	21.1	6.6
---	------	------	-----

Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20.

Se correlaciono el Test de siluetas de Montero con el índice de masa corporal encontrándose una correlación positiva de .625 con una p de .000 es decir que a mayor índice mayor percepción de sobrepeso. Cuadro 9.

Cuadro 9. Correlación del Test de siluetas de Montero con el índice de masa corporal			
		Test de siluetas de Montero	Índice de masa corporal
Test de Siluetas de Montero	Correlación de Pearson	1	,625**
	P		,000
	N	140	140
Índice de masa corporal	Correlación de Pearson	,625**	1
	P	,000	
	N	140	140
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).			
Fuente: Encuesta a población adulta joven de la UMF 20.			

DISCUSIÓN

A través de este estudio se evaluó la relación del sobrepeso/obesidad con la autopercepción de la imagen corporal y autoestima en población adulta joven, se encontró que en ambos grupos la autopercepción tuvo tendencia hacia un mayor grado de obesidad, mientras que al valorar el grado de autoestima se encontró que tanto para sobrepeso y obesidad el nivel es normal, por lo que no presentaron problemas en esta área.

Pérez GR y Cols, realizaron un estudio en 115 mujeres mestizas, de tres zonas rurales de México, agrupándolas en 3 grupos de Oaxaca, Querétaro e Hidalgo, respectivamente; se les interrogó acerca de su percepción corporal, en donde se encontró que la normalidad disminuye en los tres grupos de mujeres; el sobrepeso, con excepción de las mujeres hidalguenses, lo subestimaron; y en lo que se refiere a la obesidad, en sus tres grados, más mujeres de la costa se percibieron con obesidad, mientras que las de Hidalgo la subestimaron. Lo anterior nos habla de que la imagen corporal, como se mencionó anteriormente, no siempre es consistente con la apariencia física real.²⁷ En este estudio se encontró que existe inconsistencia con la identificación de la imagen corporal, tendiéndose a subestimar el peso en ambos grupos, es decir, en el grupo de sobrepeso y obesidad.

Encontrando de acuerdo a Matus LS y Cols, que la subestimación del exceso de peso y del riesgo de este, contribuyen a la perpetuación del sobrepeso y obesidad, conllevando a minimizar la enfermedad y limitar que se lleven a cabo acciones en pro de la salud. La autopercepción del peso corporal de las personas con sobrepeso u obesidad es indispensable para el tratamiento. Tener síntomas, sentir molestias o tener enfermedades concomitantes hacen que el exceso de peso sea percibido más fácilmente como un problema de salud. La mayoría de las personas en ausencia de molestias u enfermedades, no modifican sus hábitos alimenticios tan fácilmente. Identificar lo que las personas con sobrepeso u obesidad creen que originó su padecimiento, independientemente de si corresponde o no con la realidad, es un factor clave en el proceso de control de peso y la modificación de conductas individuales para mejorar su estado nutricional.³¹ Pese a no encontrarse significancia estadística en nuestro estudio,

se arrojó que para ambos sexos existió una incongruencia con la percepción real de la silueta corporal.

En contraste con los adolescentes, Aguilar-Ye y Cols, en su estudio de autoestima y relación con su imagen corporal al culminar la adolescencia, no encontraron características relacionadas con la autoestima baja en la medición basal y final de su investigación.²³ Lo cual coincide con lo encontrado en nuestro estudio ya que tanto para el sobrepeso y obesidad no se encontró alteración en el nivel de autoestima.

En conclusión se encontró que en la población adulta joven con sobrepeso/obesidad la autopercepción de la imagen corporal se sobreestima, así mismo la autoestima se encuentra dentro de un nivel normal por lo que no se presentaron problemas a este nivel. Dentro de las limitaciones del estudio se sugiere el ampliar la población en investigación, así como los rangos de edad, inclusive incluir otras variables que nos orienten a indagar la causa por la que se minimizan las comorbilidades aunadas al sobrepeso y obesidad.

CONCLUSIONES

- La prevalencia que se encontró en la población adulta joven de la UMF No. 20 con sobrepeso/obesidad fue de 5.3%, el 3.2% para sobrepeso y el 2.1% para obesidad.
- Se encontró en base al índice de masa corporal un predominio de pacientes con sobrepeso 60.7% y pacientes con obesidad 39.3%.
- El comportamiento del sobrepeso/obesidad en la población adulta joven se observó principalmente en pacientes del sexo femenino en el 51.8% con sobrepeso y 67.3% para obesidad. En el sexo masculino se encontró sobrepeso en un 48.2% y obesidad en un 32.7%.
- En cuanto a la relación de la autopercepción de la imagen corporal, para ambos grupos tanto de sobrepeso y obesidad, no se encontró asociación significativa.
- El nivel de autoestima encontrado en este estudio fue normal, por lo que no se encontró significancia estadística.

COMENTARIO Y RECOMENDACIONES

- Realizar proyectos de investigación que continúen con el estudio de cada uno de los aspectos relacionados con el problema del sobrepeso/obesidad asociados a la autopercepción y autoestima, elaborando programas de intervención oportuna.
- Los programas a desarrollar y difundir deben dirigirse tanto a derechohabientes como al personal del área de salud de manera uniforme para concientizar sobre la magnitud de sus repercusiones.
- Evaluar a los profesionales de la salud, en base a sus conocimientos actuales, con la finalidad de resaltar la importancia que este desempeña y la influencia que tiene sobre la población general.
- Dar a conocer tanto a los derechohabientes como al personal de salud, los programas establecidos a abatir los problemas de sobrepeso y obesidad, para emplearlos como herramientas que contribuyan a mejorar el estado de salud integral del paciente.
- Establecer nuevas líneas de investigación, que respondan al origen de la actitud de minimizar las complicaciones que conllevan el sobrepeso y obesidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Ibáñez LA. El Problema de la Obesidad en América Latina. Rev. Chilena de Cirugía. Diciembre 2007; 59(6):399-400.
2. Barrera CA, Rodríguez GM, Molina AM. Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Seguro Soc. 2013; S1 (3):292-99.
3. Perea MA, López NG, Padrón MM, Lara CA, Santamaría AC, Ynga DM. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. Acta Pediat Mex. 2014; 35:316-337.
4. Canizales QS. Aspectos genéticos de la obesidad humana. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2008 Ene; 16(1):9-15.
5. Bobadilla SS, López AA. Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(4):408-14.
6. Barquera CS, Campos NI, Rojas R, Rivera J. Obesidad en México: epidemiología y políticas para su control y prevención. Gaceta Médica de México. 2010; 146:397-407.
7. Rodríguez GL, Carballo GL, Falcón CA, Arias FA, Puig NA. Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal. Medicina Universitaria. 2010; 12(46):29-32.
8. Barroso CC. La obesidad, un problema de salud pública. Espacios Públicos. 2012 Ene; 15(33):200-215.
9. Estadísticas sanitarias mundiales. Una instantánea de la Salud Mundial Organización Mundial de la Salud. 2012. Disponible en: www.who.int
10. Osuna RI, Hernández PB, Campuzano JC, Salmerón J. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta

- mexicana: la precisión del autoreporte. *Salud pública de México*. 2006 Mar; 48 (2):94-103.
11. Alvarado SA, Guzmán BE, González RM. Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2005 Jul; 10(2):417-428.
 12. Morales GJ. Obesidad un enfoque multidisciplinario. *Ciencia al día*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2010; 1:201-218
 13. Marrodán, M A. Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. *Zainak*. 2008; 30:15-28.
 14. Barquera S, Campos NI, Hernández BL, Rivera DJ. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en Salud. 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>
 15. Flores HS, Acosta CB, Gonzalo GT. Prevalencia de peso bajo, sobrepeso, obesidad general y obesidad central. *Rev Med Inst Seguro Soc*. 2006; 44(1):55-62.
 16. Barquera SP, Campos NI, Hernández BL, Pedroza TA, Rivera DJ. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos. *Ensanut 2012. Salud Pública de México*. 2013; 5:151-160.
 17. Sánchez CC, Pichardo OE, López RP. Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*. 2004; 140 (2):S3-520.
 18. García GE, De la Llata RM. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*. 2008 Nov; 50(6):530-547.
 19. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 2007; 8:171-183.

20. Arellano MA, Luna RC, Ruiz GG, Hernández CL. Percepción de la imagen corporal en estudiantes del CCH, plantel Oriente. Eutopia. Revista del Colegio de Ciencias y Humanidades para el bachillerato. 2014 Jul; 21:69-80.
21. Obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. 2006 Sep. Disponible en: www.who.int
22. Ibáñez LA. El Problema de la Obesidad en América Latina. Rev. Chilena de Cirugía. 2007 Dic; 59(6):399-400.
23. Aguilar YA, Puig SP, Luna ML, Sánchez ZP, Rodríguez GR, Rodríguez GL. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. Rev Mex Pediatr. 2002; 69(5):190-193.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario oficial de la federación. 2008 Dic. Disponible en: www.dof.gob.mx
25. Obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. 2015 Enero. Disponible en: www.who.int/es/
26. Rojas BCA, Zegers B, Forster C. 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.
27. Pérez RSA, Romero JG. Imagen corporal en mujeres de 3 zonas rurales de México: percepción y deseo. Salud pública de México. 2010 Mar; 52(2):11-118.
28. Montero P, Morales EC. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Revista Electrónica Antropos. 2004; 8:107-116.

29. Sillero QM. Las medidas antropométricas. *Revista de Actualización en Ciencias del Deporte*. 1993; 1 (2):7-42.
30. Schmitt DP, Allik J. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2005Oct; Vol. 89(4):623-642.
31. Matus LSP, Álvarez GG, Nazar BA, Mondragón RR. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *Revista de investigación científica. Estudios Sociales*. 2016 Ene; 1:1-30.

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ANEXO 1
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: RELACION DEL SOBREPESO Y OBESIDAD CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN DE LA UMF 20 DEL IMSS.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Propósito del estudio: Lo(a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la UMF 20. El propósito será relacionar la percepción de la imagen y autoestima con su índice de masa corporal. Detectar problemas de percepción u autoestima para poder brindar apoyo para su manejo; así como incorporar a los talleres de nutrición dentro de esta unidad.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a _____ de myo del 2016

Número de registro: Pendiente

Justificación y objetivo del estudio: La obesidad constituye un problema de salud, económico, social y psicosocial. Es importante también conocer las consecuencias de la obesidad, las cuales pueden ser físicas o psicológicas. La distorsión de la imagen corporal, junto con la insatisfacción de la misma, está ampliamente relacionada con desórdenes alimenticios. El estudio tiene como objetivo estratificar el peso y talla, relacionarlo con su autopercepción de la imagen corporal y autoestima

Procedimientos: Si usted acepta participar ocurrirá lo siguiente:
1) Se le pedirá que responda un cuestionario en el que le preguntaremos sobre: edad, sexo, estado civil, escolaridad.
2) Se le tomara su peso y talla
3) Se le aplicara el test de Siluetas de Montero para valorar la autopercepción de la imagen corporal
4) Por último se aplicará la escala de autoestima de Rosenberg

Posibles riesgos y molestias: Ninguno ya que no se realizara algún procedimiento invasivo puede ocasionar incomodidad porque le pediremos que se retire parte de su vestimenta como los zapatos para tomar sus medidas.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No recibirá un pago por su participación en el estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Un beneficio que usted recibirá es el conocimiento de su peso y talla. El beneficio indirecto de su participación es contribuir al avance en el

	<p>conocimiento de la autopercepción en pacientes con sobrepeso y obesidad, así como el nivel de autoestima en estos pacientes.</p> <p>Poder ofertarle apoyo nutricional o psicológico si detecta alguna alteración.</p>		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de los participantes y se les entregara a los participantes resultados de manera confidencial en caso de solicitarlos.		
Participación o retiro:	Si usted no desea participar no afectara su relación con el IMSS. Si en un principio usted desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificara de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.		
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo/a será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de las encuestas para garantizar su privacidad.</p> <p>El equipo de investigadores sabrá que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Solo proporcionaremos información si así fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar, o si lo requiere la ley</p> <p>Cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número para proteger sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.</p>		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____		
Beneficios al término del estudio:	_____		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dra. María del Carmen Aguirre García. Médico Especialista en Medicina Familiar, Maestra en Terapia familiar y Profesora del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Matricula 10859357, Adscripción: UMF No. 20, Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 México, Cd de México. Tel: 55 87 44 2 ext. 15320 y 1536. Mail: maria.aguirreg@imss.gob.mx y carmenaguirrel@yahoo.com.mx		
Colaboradores:	Dra. Leslie Soledad López Reboseño, Médico Residente de Medicina Familiar. Matricula 98351791 Adscripción: UMF No. 20, Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 México, Cd. De México. Tel: 55 87 44 2 ext. 15320 y 15368. Mail: leslie.lopezreb@gmail.com		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS o al Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21216 de 09:00-16:00hrs, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx . La Comisión de Ética se encuentra ubicada en el edificio del Bloque "B" Unidad de Congresos 4º piso, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, CP 06720. México, D.F.			
Nombre y firma del participante	Nombre y firma del encargado de obtener el		

Fecha: _____	consentimiento informado
Fecha: _____	Fecha: _____
Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia de manera voluntaria	Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia de manera voluntaria
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, parentesco y firma	Nombre, dirección, parentesco y firma
Fecha: _____	Fecha: _____
Clave: 2810-009-013	

2. SILUETAS DE MONTERO

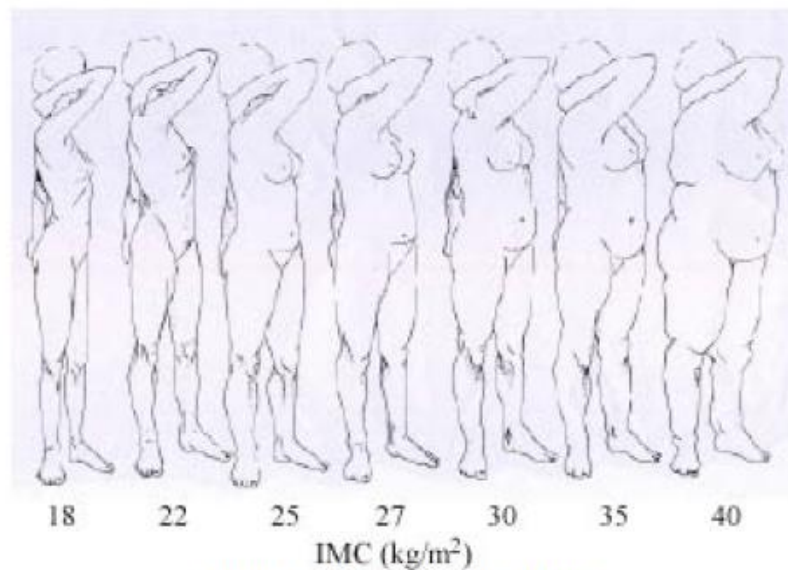
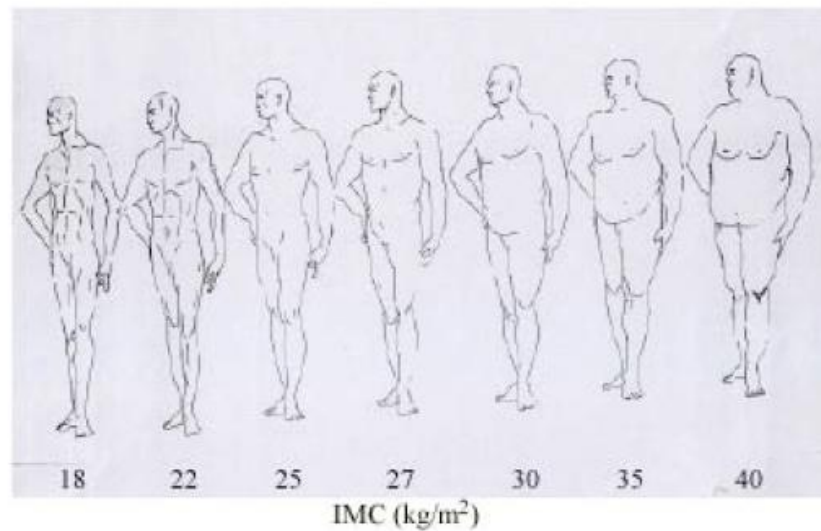


Figura 2. Modelos corporales. Mujeres

3. TEST DE SILUETAS DE MONTERO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.20
VALLEJO

“RELACION DEL SOBREPESO Y OBESIDAD CON LA AUTOOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN DE LA UMF 20 DEL IMSS”.

Fecha: _____

No.de cuestionario: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Datos somatométricos:

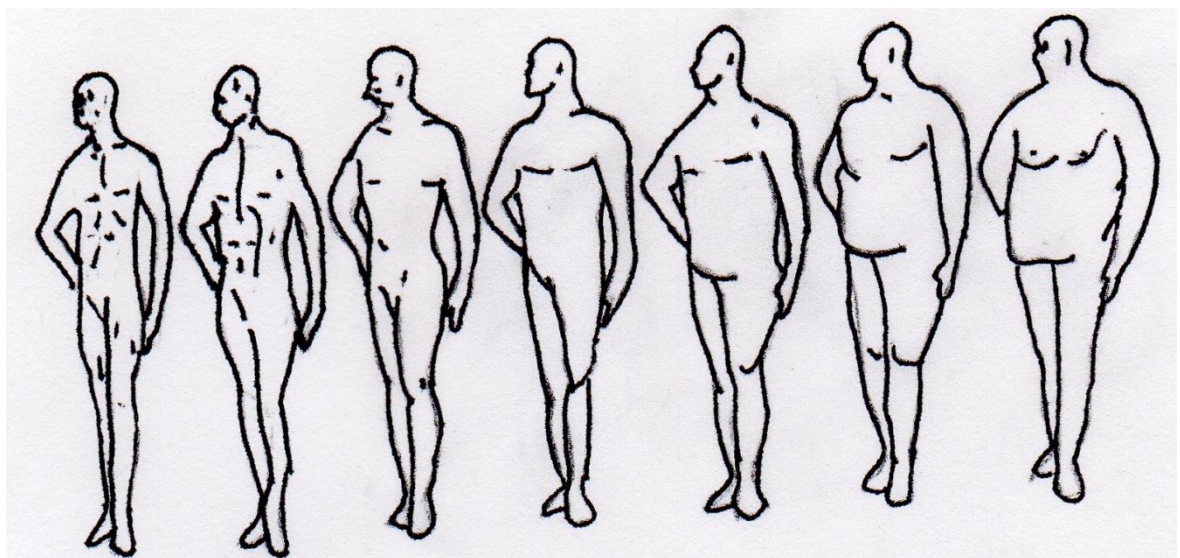
Peso: _____

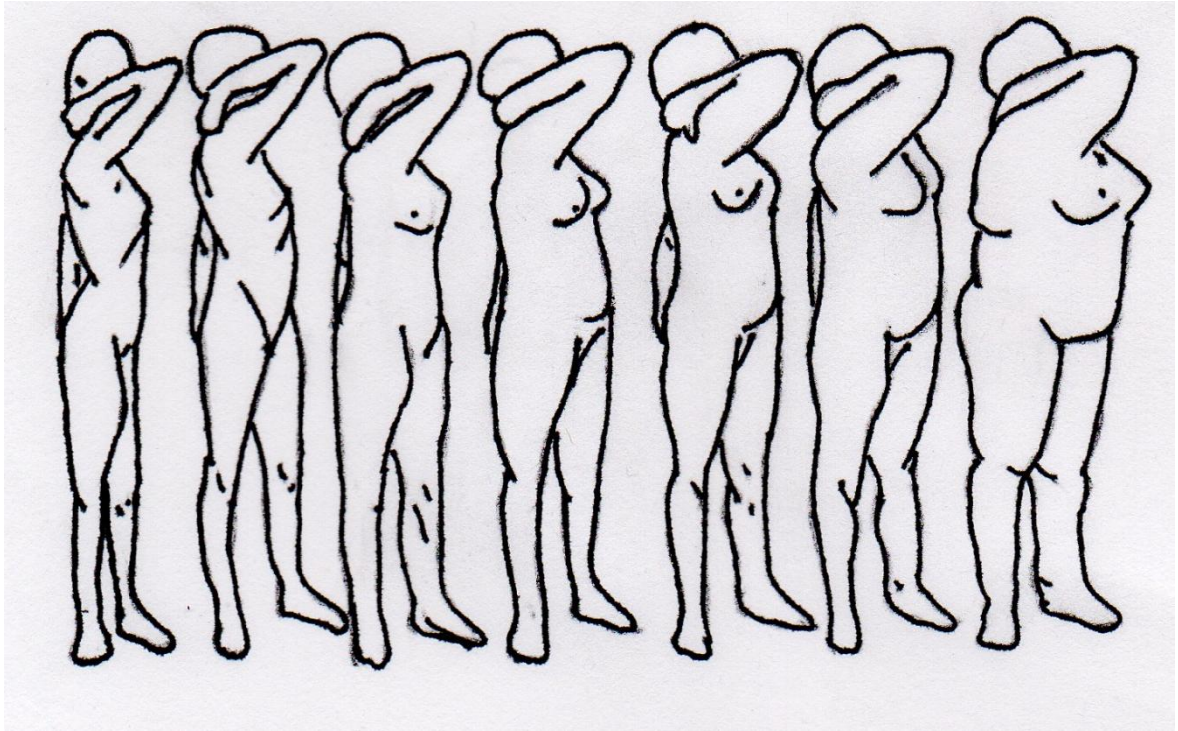
Talla: _____

IMC: _____

Normal	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
--------	-----------	------------------	-------------------	--------------------

¿Cuál imagen representa actualmente tu imagen corporal?





4. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

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.

- 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 mí mismo.				
5. En general estoy satisfecho de mi mismo.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.				
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.				