

---

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL  
México La Ciudad de la Esperanza



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION  
EN PEDIATRIA**

**“AUTOESTIMA Y GRADO DE PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL EN  
ADOLECENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD”**

TRABAJO DE INVESTIGACION  
**CLINICA**

PRESENTADO POR

**DR. JUAN CARLOS VAZQUEZ FUENLEAL**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS  
**DR. JORGE TREJO HERNANDEZ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

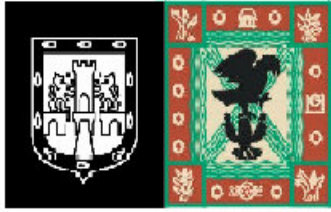


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



---

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

México La Ciudad de la Esperanza



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

***SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL***

DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION  
EN PEDIATRIA**

**“AUTOESTIMA Y GRADO DE PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL EN  
ADOLECENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD”**

TRABAJO DE INVESTIGACION  
**CLINICA**

**DR. JUAN CARLOS VAZQUEZ FUENLEAL**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS  
**DR. JORGE TREJO HERNANDEZ**

“AUTOESTIMA Y GRADO DE PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL EN  
ADOLECENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD”

Dr. Juan Carlos Vázquez Fuenleal.

Vo. Bo.

Dra. Laura Lidia López Sotomayor

---

Profesora Titular del Curso de  
Especialización en Pediatría

Vo. Bo.

Dr. Roberto Sánchez Ramírez

---

Director de Educación e Investigación

“AUTOESTIMA Y GRADO DE PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL EN  
ADOLECENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD”

Dr. Juan Carlos Vázquez Fuenleal.

Vo. Bo.  
Dr. Jorge Trejo Hernández

---

Director de Tesis

Médico Adscrito al  
Hospital Pediátrico Coyoacan

## DEDICATORIA

Dentro de la formación de un ser humano se enfrenta a muchos obstáculos, y la medicina no es su excepción. Nos enfrentamos a luchas muy duras en las cuales unos rayos de luz proporcionados por los seres queridos son capaces de deshielar el más grande bloque de hielo y les doy gracias a todos ustedes que me han ayudado a levantarme por más caídas que he tenido, gracias papá, gracias mamá, gracias hermanos, gracias pequeña, y gracias a ti que me has comprendido y me has ayudado.

Dentro de la especialidad nos forma no solo en los conocimientos, experiencia sino en lo humano, en la formación hay alegrías y llanto. Y esta tesis la dedico principalmente a mis niños que han salido adelante, a los niños que siempre una sonrisa te inspira a continuar de pie y principalmente a los ángeles que no están con nosotros como un ángel llamado Julián que me enseñó que siempre tenemos que sonreír y nunca decaer.

## INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>3</b>
<b>II. MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>21</b>
<b>III. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>IV. DISCUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>V. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>32</b>
<b>VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....</b>	<b>33</b>
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>36</b>

## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** Evaluar el grado de autoestima y la percepción de su imagen corporal en los adolescentes obesos v.s. no obesos que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacán.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio clínico, observacional, transversal, comparativo y prospectivo, donde los participantes fueron un grupo de casos conformado por Adolescentes con sobrepeso y/o obesos entre las edades de 15 años y 18 años de ambos sexos que acudieran por cualquier causa a la consulta externa al Hospital Pediátrico Coyoacan. (con IMC >25). Y un grupo control donde se consideraron a los Adolescentes sin sobrepeso o no obesos entre las edades de 15 años a 18 años de ambos sexos que acudieran por cualquier causa a la consulta externa al Hospital Pediátrico Coyoacan. (con IMC < 25). Se realizó una encuesta donde los participantes autorreportaron su imagen corporal (Prueba de Krukak – Wallis) para evaluar la Magnitud de la diferencia entre la talla, peso y el IMC; así mismo se les aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños, los cuales se reportaron y analizaron.

**RESULTADOS:** Se aplicaron encuestas a 103 paciente no obesos y a 50 pacientes obesos, de los cuales se presentaron 86 hombre (67%) y 67 mujeres (43%), a quienes se les clasifico con IMC. Del total de 153 pacientes, se clasificaron en pacientes delgados de los cuales fueron 15 hombre (9.8%) y 13 mujeres (8.4%); pacientes normal fueron 37 hombres (24.1%) y 38 mujeres (24.8%); pacientes con sobrepeso se detectaron 30 hombres (19.6%) y 11 mujeres (7.1%) y pacientes



obesos con 4 hombres (2.6%) y 5 mujeres (3.2%). Los adolescentes obesos tienen una percepción de su imagen corporal adecuada y acorde con una autoestima aceptable, ya que son pacientes con sobrepeso u obesos pero se consideran dentro del promedio normal. Por otra parte, el 5.7% de los hombres con IMC normal tienen una percepción de su imagen con sobrepeso al igual que el 3.9% de las mujeres.

Como parte de los resultados del cuestionario de autoestima aplicado en pacientes no obesos se encontró que de los hombres: 12 de los no obesos se clasifican con autoestima normal; 21 de ellos ligeramente por arriba de lo normal y 19 superior a lo normal. Entre las mujeres sin sobrepeso se encuentran: 2 con autoestima muy inferior a lo normal; 2 ligeramente menor a lo normal; 15 dentro de lo normal; 13 ligeramente superior a lo normal y 19 con autoestima superior a lo normal. Del mismo cuestionario de autoestima en pacientes obesos se encontró que un hombre se clasifica inferior a lo normal, 6 dentro de lo normal, 14 ligeramente superior a lo normal y 12 superior a lo normal. En el caso de las mujeres 5 pacientes dentro de lo normal, 5 ligeramente superior a lo normal y 5 superior a lo normal.

**CONCLUSION:** Con esto se comprueba que en la adolescencia la mayoría de los pacientes tienen una autoestima aceptable. Con respecto a su imagen corporal los pacientes obesos y no obesos tienen a tener una autoestima normal para su percepción de su imagen corporal con una correlación de IMC.

## **I. INTRODUCCION.**

Entre los trastornos de la alimentación, la obesidad es el de mayor prevalencia en la actualidad; es incluso una pandemia no sólo en México sino también en Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia, Brasil y China, en donde se ha reportado un aumento importante en su frecuencia. (1).

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 1.2 millones de personas en el mundo tienen sobrepeso y 250 millones son obesos. Esto equivale a 7% de la población mundial adulta y en cuanto a la obesidad infantil y sus consecuencias es un problema global. De acuerdo con datos de 79 países en vías de desarrollo, un número importante de países en desarrollo y de países industrializados, con los criterios diagnósticos de la OMS, cerca de 22 millones de niños menores de cinco años de edad tienen sobrepeso, lo que afecta al menos 10% de los escolares en países industrializados. (2)

La identificación y tratamiento de la obesidad y el sobrepeso en la infancia constituye un aspecto importante de la pediatría preventiva y la sanidad pública que afecta a la mejoría de la salud física, social y emocional de los niños, y que pueda repercutir en la edad adulta. La importancia de este problema para los niños y los adolescentes se pone de manifiesto por el incremento del 30% registrado en estadísticas de USA.

La obesidad infantil no es una enfermedad por sí misma, sino un complejo de síntomas con una débil relación con la obesidad del adulto y los factores

relacionados con ella: incrementa la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad hepática, colelitiasis y diabetes en el adulto.

La correlación entre el índice de masa corporal (IMC) durante la lactancia y la infancia y el IMC de la vida adulta suele ser inferior a 0.5 en los pacientes revisados entre los 35 y los 50 años. La interpretación de los estudios sobre el impacto y el tratamiento de la obesidad infantil no es fácil debido a que no han existido criterios uniformes para diferenciar la obesidad (definida como una acumulación excesiva de grasa corporal) del sobrepeso. En este caso, la superficie corporal puede aumentar debido a un incremento de la masa muscular y no a una mayor acumulación de grasa. El exceso de peso y de grasa corporal en la adolescencia se asocia con un incremento de los niveles plasmáticos de insulina, hiperlipidemia e hiperlipoproteinemia, e hipertensión arterial, factores claramente relacionados con la morbilidad adulta debida a la obesidad. (3)

De acuerdo a datos proporcionados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), uno de cada tres niños de los países en desarrollo presenta algún grado de desnutrición, lo que afecta su desarrollo físico y mental. Se estima que sólo entre 1 a 2 % presenta algún signo y síntoma visible; sin embargo se calcula que 190 millones de niños y adolescentes se encuentran atrapados en un círculo de mala salud y desarrollo deficiente.

En la Encuesta Nacional de Nutrición efectuada en 1999 por el Instituto Nacional de Salud Pública, donde se incluye el estado nutricional de niños y adolescentes, se

menciona que 5.3% presenta obesidad o sobrepeso, es decir el peso para la estatura se encuentra por arriba de dos desviaciones estándar del patrón de referencia. El uso de diferentes definiciones de sobrepeso y obesidad ha dificultado la comparación de las encuestas y estudios de diversos países. En los países europeos se usaban y usan definiciones basadas en el porcentaje de sobrepeso o índice de Broca.

En un consenso de los Institutos de Salud, en 1985, se propuso el uso de índice de masa corporal y se observó que la percentila 85 de IMC de la segunda encuesta para hombres y mujeres de 20 a 29 años correspondía bastante bien con aproximadamente 20% de sobrepeso de acuerdo con las tablas del Metropolitan Life. El estándar de sobrepeso se definió en un IMC > 27.8 para los hombres y de 27.3 en el caso de las mujeres.(4)

En 1995, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud recomendó la clasificación de acuerdo al IMC. En México, un comité de expertos en el Grupo de Consenso en Obesidad concluyó que el IMC debía ser de 27 para la población adulta. En la Clínica de Obesidad del Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médica y Nutrición Salvador Zubirán se utilizan de manera conjunta las dos definiciones de obesidad, que son el porcentaje de sobrepeso y el IMC.

Por otra parte, en México a partir de la primera mitad del siglo XX, sucedió un fenómeno de transición epidemiológica. Antes, la población rural del país era de 75 al 80% del total y la urbana era sólo del 20 al 25%. Para la mitad del siglo XX esta

situación se había invertido y cuando mucho el 20% de los habitantes del país aún vivían en zonas rurales. (4)

La obesidad es considerada actualmente por la OMS como un grave problema de salud pública. Se presenta en todas las edades, todos los países y todos los estratos socioeconómicos

Los puntos importantes son:

- El niño obeso a la edad de seis años tiene 25% de probabilidades de ser un adulto obeso.
- El niño obeso a los 12 años tiene 75% de probabilidades de ser un adulto obeso.
- Cuanto más joven sea el niño obeso, mayor obesidad tiene y más probabilidades de ser obeso a edades posteriores. Cuanto más obesos sea el niño al año de edad, más obeso será en edades posteriores.
- Los cambios en el IMC durante la adolescencia y después de ésta predicen en forma más importante la adiposidad del adulto.

Sus principales asociaciones mórbidas son:

- Problemas psicológicos (depresión, falta de autoestima).
- Insuficiencia respiratoria (apnea obstructiva, asma).
- Padecimientos metabólicos (hiperlipidemia, hiperisulinemia, diabetes mellitas tipo 2).
- Padecimientos hepáticos (esteatosis, esteatohepatitis).
- Padecimientos malignos (cáncer de mama).

- Padecimientos cardiovasculares (hipertensión arterial, aterosclerosis)
- Padecimientos endocrinos (hiperandrogenismo ovárico o síndrome de ovario poliquístico).(5)

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, de principio incierto y evolución más o menos lenta; la mayor parte de las veces es resultado de la autocomplacencia y la sobregratificación. La causa básica se debe a ingresos energéticos por arriba de la cantidad consumida.

Factores contribuyentes:

- Predisposición familiar.
- Herencia.
- Mayor número de adipositos
- Mayor rendimiento metabólico.
- Medio social y familiar propicio.
- Eje neuroendocrino facilitador.
- Menor actividad física.

En la obesidad primaria o exógena, el sustrato básico mayor al consumo energético y menor gasto calórico. Su frecuencia va de 95 a 99% de los casos. La grasa se acumula en los adipositos. La cantidad total de adipositos varía en relación con factores genéticos y ambientales. Existen fases de reproducción acelerada: hiperplasia desde la segunda mitad del embarazo y los primeros meses de vida

extrauterina, así como durante la adolescencia y fases de la reproducción lenta, en las cuales la hipertrofia actúa como estímulo para su reproducción.

La obesidad secundaria es consecuencia de alguna entidad patológica subyacente; por ejemplo trastornos genéticos (Síndrome de Prader Willi, Síndrome de Laurence-Moon Biedel.) trastornos neuroendocrinos (Síndrome de Cushing, Craneofaringioma). Su frecuencia es de 1 a 5% de los casos y por lo regular se acompaña de otras manifestaciones, como: talla baja, retraso de la edad ósea, pubertad retardada, etc.

La manifestación clínica primordial consiste en acumulación excesiva de tejido adiposo en: Tejido celular subcutáneo, Tejido perivisceral e Incluso en masa muscular. El diagnóstico implica sobrepeso de 20% o más con respecto del peso ideal. El mejor método, que además se emplea para vigilancia y control, es el índice de masa corporal (IMC) que se obtiene con la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg.}}{\text{Talla al cuadrado en metros.}}$$

Índice de masa corporal	
IMC	Clasificación
<18.5	Bajo peso
18.5 a 24.9	Normal
>25	Sobrepeso
25-29.9	Pre- obeso
30-34.9	Obeso clase I
35 a 39.9	Obeso clase II
40 o >	Obeso clase III

Garrow JS Obesity and related diseases 2 nd ed. Edinburgo: Churchill Livingston, 1988. (10)

Clasificación de obesidad utilizada en la clínica de obesidad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

GRADO	PESO RELATIVO
I	110 – 125 %
II	125 – 150 %
III	150 – 175%
IV	175 – 200 %
V	>200 %

Lopez- Alvarengaa JC Brito Cordova GX González Barrando J. Concepto, definición y clasificación de obesidad.

Temas de medicina Interna, México Mc GRaw Hill Interamerica 2000:1-13. (10)

La meta principal del tratamiento contra la obesidad infantil es la regulación del peso y la grasa corporal con una nutrición adecuada para el crecimiento y desarrollo. De forma ideal, estas intervenciones tienen que ver con los cambios positivos de las secuelas fisiológicas y psicológicas de la obesidad. Para que las intervenciones contribuyan con la conservación del peso a largo plazo se deben modificar las conductas de la alimentación y el ejercicio; desarrollar conductas saludables para reemplazar las no saludables, con esto las conductas adecuadas persistirán a través de su tránsito a la vida adulta.

En cuanto a la alimentación se debe orientar hacia la más saludable, variada y atractiva donde se asegura el consumo de las calorías y el aporte de las proteínas necesarias de acuerdo con la edad y actividad física.

Existen muchos modelos de alimentación, como la llamada Dieta de tráfico ligero, que consiste en un plan de alimentación (900 a 1300 kilocalorías) usado para enseñar a los niños preescolares y preadolescentes a consumir los alimentos de



cuatro grupos principales, divididos en tres categorías (recuerdan los colores de un semáforo y las acciones que se realizan con cada color). Los alimentos designados con el color verde (adelante) se pueden consumir en cantidades ilimitadas; los de color amarillo (precaución) tienen un valor nutricional promedio y los de rojo (alto) proveen menor cantidad alto en grasas e hidratos de carbono simples.

Este esquema puede resultar novedoso para los niños y, por lo tanto, facilitarles la selección de los alimentos de acuerdo con sus preferencias. Otra opción es detectar los alimentos que se antojan con mayor frecuencia y retirarlos de la alimentación, los más comunes son los chocolates, los pastelillos, las galletas, los helados, las frituras, los refrescos y las golosinas.

Cualquier actitud positiva lograda con respecto a la mejor alimentación se debe estimar para que continúe y detectar las actitudes negativas lo antes posible, ya que pueden provocar desórdenes en los patrones de alimentación. En cuanto la alimentación física, el tratamiento se diseña para incrementar el gasto de energía y para producir o incrementar un balance de energía negativo. En la mayor parte de la energía se da con la disminución del consumo de calorías, pero el incremento del gasto calórico puede acelerar la pérdida de peso y el mantenimiento del mismo.

Los programas de actividad recomendados son los de tipo aeróbico, con duración de 20 a 40 minutos. Además, hay que limitar las actividades que fomenten el sedentarismo, como ver la televisión y usar los videojuegos. En últimos estudios se ha observado que las niñas prepúberes la reducción de la actividad física favorece a

la ganancia de peso. Las metas deben ser la disminución gradual de peso sin sacrificar el crecimiento, crear conciencia de tener un plan de alimentación saludable para toda la vida, realizar actividad física de manera regular solo o con la familia. (5)

En estudios realizados entre pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, se emplea, asimismo, la imagen corporal real e ideal para captar el nivel de satisfacción que tiene respecto a su cuerpo, así como su grado de autoestima. (4)

La autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida tales como: la adaptación a situaciones nuevas, niveles de ansiedad y aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, embarazo en adolescentes y residencia. Por autoestima entendemos la autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre si mismo: se expresa en una actitud de aprobación e indica hasta dónde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de si mismo. (7)

Es el grado relativo de valoración o aceptación con que las personas perciben su autoimagen. Estas percepciones incluyen la imagen de si mismo en comparación con otros tienen de él (percepción del otro) y la imagen de cómo quisiera ser (si mismo ideal) y la percepción que tiene de si o de la respuesta a las expectativas del otro, hay mayor alteración en la autoestima (7).

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el individuo en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han

identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas. (Coopersmith, 1969).

Los estudios muestran que la baja autoestima en los niños a menudo se encuentra relacionada con fracasos escolares, delincuencia y drogadicción (Reasoner, 1982), con depresión (Beck, 1967), ansiedad (Rosenberg, 1962), apatía, aislamiento y pasividad (Coopermith, 1969).

Palladito (1992) la define como un estado mental; es la manera como las personas se sienten y lo que piensan de sí mismas y se puede medir por la manera en que actúan. González-Arratia, Gil y Valdez (1997) mencionan que la autoestima es el juicio de valor que se hace del autoconcepto a partir de la distancia que hay entre autoconcepto real e ideal que perciben tener las personas. (12)

La autoestima se relaciona paulatinamente desde el nacimiento, a través de la interacción del sujeto con otros sujetos y del sujeto consigo mismo, tendiendo a lograr mayores niveles de estabilidad durante la etapa escolar y la adolescencia.(7)

Durante los primeros años de vida la calidad de las relaciones que el niño establece con las personas que consigo mismo y con otros. Robbins y Dupont plantean que las necesidades insatisfechas de autoestima durante las primeras etapas del desarrollo conllevan a distorsiones en la percepción de la conducta interpersonal en la adultez.

Los sujetos con un Yo frágil buscan aprobación y seguridad a través de la dependencia de otros.(7)

La etapa escolar es un periodo crítico en la formación del autoconcepto. El desarrollo del pensamiento lógico-concreto permite que el niño evalúe sus habilidades y las compare con las de otros y con las expectativas de los padres. En esta etapa se internalizan las exigencias de las figuras significativas, lo que opera como un autoconcepto ideal, con el cual el niño estará permanentemente contrastándose.

El concepto de sí que tiene el escolar, es el concepto que piensa que tienen los otros de él. El niño carece de la capacidad para valorarse a sí mismo de un modo exacto, se ve a través de los ojos de aquellos con los que se identifica. Covington y Beery observaron que los escolares con baja autoestima se planteaban metas no realistas y adoptan estrategias, como la evitación a la participación y el no esforzarse en las tareas difíciles, cuando participaban el fracaso.

Campbell muestra que los sujetos con baja autoestima son menos exactos en la percepción que los pares tienen de ellos en comparación con los que tienen alta estima. Los escolares con una buena imagen personal se muestran motivados por aprender, se acercan a las tareas con expectativas de éxito, confiados en que el logro depende de su propio esfuerzo, tienen confianza en sí mismos, en sus percepciones y los problemas personales no les interfieren en el examen de cuestiones a ellos. Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina una vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc.

Serrerrlund y Niedenthal plantean que los individuos con baja autoestima tienden a tener una identidad “confusa, plástica e inestable”. Esto implica que los adolescentes con baja autoestima tendrían dificultades para definir su identidad social y personal.

(7)

Branden (1994 y 2001) lo plantea en otras palabras, para él la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida, específicamente consiste en:

- Confiar en la propia capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida.
- Confiar en el propio derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar las necesidades y a gozar de los frutos de los esfuerzos.

Además subraya que la autoestima es una experiencia íntima, es lo que una persona piensa y siente sobre sí misma, no lo que otros piensan o sienten sobre ella.

También indica que está formada por seis pilares (Branden, 1995), los cuales consisten en la práctica de:

- Vivir conscientemente: consiste en ser conscientes de los intereses, valores, necesidades y metas que cada uno tiene como persona, así como saber que es mejor corregir los errores que pretender que no existen.

- Aceptarse a sí mismo: implica que la persona tiene la aceptación real de los sentimientos, emociones y pensamientos; y, aún cuando éstos no sean agradables no niega su existencia.
- Asumir responsabilidad de sí mismo: supone responsabilidad de la conclusión de los propios deseos, de las elecciones y acciones, de su conducta con los demás, de la calidad de sus comunicaciones, de la felicidad personal, de aceptar o elegir sus valores y de elevar su autoestima.
- Autoafirmación: significa respetar los propios deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión en la realidad.
- Vivir con propósito: hace referencia a utilizar las facultades que tiene la persona para la consecución de las metas que ha elegido.
- Integridad personal: consiste en la integración de ideales, convicciones, normas, creencias y la conducta. Cuidando que la conducta sea congruente con los valores declarados de una persona, que concuerden los ideales con la práctica, solo entonces se tiene integridad. La integridad significa congruencia, concordancia entre las palabras y el comportamiento.

La imagen personal es un sistema organizado, que involucra desde la primera imagen que forma el niño de si mismo, hasta el concepto alcanzando en la madurez, la que le sirve de contexto para integrar las nuevas informaciones. Al mismo tiempo es relativamente estable, lo que explica por una tendencia a la consistencia y a no aceptar mayores discrepancias en la medida en que la realidad del sujeto es la realidad que él percibe, organiza esta percepción en función de su Yo, dando

relevancia a aquellas situaciones o estímulos que concuerdan tienden a interpretarse de manera que sean coherentes con la autoimagen.

A partir de la imagen de si y su autoevaluación (autoestima) todo se explica, se justifica y se racionaliza. Es la parte del si mismo que sustenta nuestra forma de explicar la realidad. Los individuos con autoestima baja tienen reacciones negativas más intensas frente el fracaso. Esto lo lleva a pensar en forma negativa del otro aspecto de si mismo, produciéndose una generalización. Frente al feedback negativo, los de baja autoestima experimentan afectos negativos, exhiben una mejor motivación en tareas posteriores y tienden a atribuir el fracaso más a la capacidad que al esfuerzo. El desarrollo de una autoestima positiva propicia el desarrollo de una personalidad sana, en la que el individuo se siente satisfecho consigo mismo y con sus relaciones interpersonales (7).

La autoimagen es definida por Fitts W. (1964) como “la percepción multidimensional que una persona tiene de si misma”. Para este autor, los factores importantes que describe este concepto son: El si mismo físico, el ético moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el compartimiento y la autocrítica, al suma de estos elementos dan como resultado un nivel determinado de autoestima.

Dyen (1976) utiliza los términos autoimagen y autoaceptación sin ninguna diferenciación. El dice que no se tiene un solo concepto de si mismo, sino que se tienen muchas imágenes de uno mismo y estas varían de una circunstancia a la otra. La persona tiene diversas opiniones respecto a como se ve y cómo lo ven los demás

desde un punto de vista físico intelectual social y emocional. Considera la autoestima como la consejera para la felicidad personal y para el dominio de si mismo, estando en relación directa con la autoimagen.

Elkin y Weiner (1972) dicen que el manejo del término autoconcepto resulta impreciso, ya que toma concepto desde un punto de vista cognóscitivo y también como esquema desde un punto de vista afectivo.

El Dr. Birdwhistell (1971) dice al respecto, que el lenguaje corporal y el lenguaje hablado depende uno del otro. El lenguaje hablado y el lenguaje corporal nos dará el sentido complejo de lo que una persona dice, así como la imagen que tiene de sí mismo.

El Dr Scherflen (1971) dice que las diferentes personas se relacionan con diferentes estados emocionales, así una persona con una imagen devaluada adoptará una posición jorobaza o contraria.

Michel (1979) el autoconcepto se usa para “designar el juicio personal que emite el individuo sobre su valor”. Uno de los aspectos más importantes del autoconcepto es la estimación de sí mismo, la cual da el carácter de valor a una persona en una forma discriminativa en varias áreas de la vida. Es posible que la autoevaluación venga en parte del mundo exterior o sea de la retroalimentación que el sujeto recibe continuamente del ambiente. Se puede decir, que una persona tiene tantos autorretratos, como actividades, y a través de todos estos, la persona sé autoevalúa aceptándose o rechazándose a sí misma.



Coopersmith (1975) define la autoestima como la “evaluación que el individuo hace y lo general mantiene de sí mismo, que expresa una actitud aprobatoria o desaprobatoria e indica donde el individuo se siente capaz, significativo, triunfante y digno”. Es un juicio personal de valía, que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, una experiencia subjetiva transmitida a otros por medio de reportes verbales y otras conductas observables. Aclara que la autoestima se refiere a la autoevaluación, relativamente constante y general que el individuo tiene de sí mismo, reconoce que la autoestima puede verse afectada temporalmente por incidentes específicos y cambios ambientales, pero ésta vuelve a su nivel acostumbrado cuando las circunstancias toman un curso habitual.

William James (1980), concluye que las aspiraciones y los valores humanos desempeñan un valor esencial para determinar si uno se juzga favorablemente o no, de tal forma que cuando se satisfacen metas o aspiraciones en un área valorada se obtiene una estima alta y viceversa.

El primer estudio a gran escala acerca de la autoestima de los adolescentes lo condujo Morris Rosenberg (1997). Encontró que los grupos que él tendría bajos niveles de autoestima, no los tenían. Por ejemplo, los estudiantes afroamericanos no presentaban bajos niveles de autoestima a menos que asistieran a escuelas donde la población fuera predominantemente blanca. Aparentemente el grupo de referencia era un factor importante.

En un estudio realizado en 1990-1997 sobre la autoestima en adolescentes Simmons, Rosenberg hallaron que la autoestima disminuye durante la adolescencia temprana para llegar a su mínimo a los 12 años. De ese punto en adelante, aumenta gradualmente y alcanza su clímax a los 16 años.

En estudios sobre las diferencias de género en la autoestima, han encontrado que las adolescentes mujeres presentan niveles de autoestima menores que los hombres (Cairos et al. 1990; Labouvie et al, 1990; Nottelman, 1987; Wigfield et al 1991).

Harter en 1986-1997 propuso que las percepciones de apoyo y aceptación de otros significativos tienen un impacto importante en el autoconcepto de los adolescentes. A partir de las interacciones interpersonales se obtiene información acerca de uno mismo y de los otros y acerca de la autovaloración (Bolwby 1971; Cummings y Cicchetti 1990 en Garber et al, 1997) Cuando la retroalimentación proveniente de los otros es negativa puede originar en percepciones negativas que pueden incrementar el riesgo a la depresión.

Uno de los factores que contribuyen al desarrollo de una baja autovaloración es el rechazo por parte de los padres, la crítica, la falta de afecto y la intrusión (Cole, 1990; Garber, 1992; McCranie y Bass, 1984, Garber et al., 1997).

En México es escasa la experiencia en la utilización de cuestionarios autoaplicados para obtener datos de autoestima, peso y talla. Por tanto, es necesario realizar más estudios para establecer la autoestima en los pacientes con una patología crónica

como la obesidad, y sobre todo en la población infantil ya que se han realizado diferentes estudios en las poblaciones adultas, o sobre la autoestima de los adolescentes pero que hay sobre los pacientes con una patología como la obesidad, y para tener conocimiento de los puntos clave para que influyan en el desarrollo psicosocial de nuestros niños mexicanos.

En un país como el nuestro influye mucho la autoestima de su población para el desarrollo de la sociedad, por lo que se tiene que trabajar sobre las bases de esta misma, por lo que tenemos que poner mucho de nuestros esfuerzos para tratar de conocer sobre la formación de nuestra gente y así como para tratar de apoyar nuestras bases que son las poblaciones y las generaciones que vienen y que son claves de nuestro desarrollo social como país.

El presente estudio se realizó con el Objetivo de Evaluar el grado de autoestima en los adolescentes obesos v.s. no obesos que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacán.

## II. MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio clínico, observacional, transversal, comparativo y prospectivo, donde los participantes fueron un grupo de casos conformado por Adolescentes con sobrepeso y/o obesos entre las edades de 15 años y 18 años de ambos sexos que acudieran por cualquier causa a la consulta externa al Hospital Pediátrico Coyoacan. (con IMC >25). Y un grupo control donde se consideraron a los Adolescentes sin sobrepeso o no obesos entre las edades de 15 años a 18 años de ambos sexos que acudieran por cualquier causa a la consulta externa al Hospital Pediátrico Coyoacan. (con IMC < 25).

Como criterios de exclusión se consideraron Adolescentes que se encontraran bajo terapias psicológicas, adolescentes que estuvieran en tratamiento bajo esteroides, antidepresivos, anticonvulsivo. Y como criterios de eliminación Adolescentes que no llenaran completamente las formas del cuestionario. Se realizó un censo de todos los pacientes con las características referidas.

Se realizó una encuesta donde los participantes autorreportaron su imagen corporal seleccionando opciones de imagen numeradas del 1 a 9 (Prueba de Krukak – Wallis) para evaluar la Magnitud de la diferencia entre la talla, peso y el IMC, los cuales se reportaron y analizaron.

Se establecieron cuatro categorías: delgado (silueta1), normal (silueta 2-5), sobrepeso (silueta 6-7) y obeso (silueta 8 y 9), tanto para mujeres (F) como para varones (M).

En estudios previos se estimó la sensibilidad y la especificidad, así como los valores predictivos positivos y negativos, separadamente para hombres y mujeres; para estas estimaciones, se obtuvieron intervalos de confianza al 95%.

Así mismo se les aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños, dicho test fue desarrollado durante una investigación sobre los antecedentes de la autoestima llevada por Stanley Coopersmith en 1967. La autoestima en los niños ha sido poco estudiada en México por no contar con los instrumentos apropiados, Angelica Verduco y colaboradores en (1989) realizaron la validación del cuestionario de Coopersmith adaptandolo a niños mexicanos, en la División de Investigación Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatria. En dicho estudio, se seleccionaron 1223 niñas y 619 niños de edades entre 8-14 años de 18 escuelas, 19 particulares y 9 públicas de la ciudad de México.

Angelica Verrrusco, (1992) aplicó por primera vez en niños mexicanos el test de Coopersmith en su estudio “la autoestima en niños con trastornos de déficit de atención” realizando unos ajustes. El instrumento fue traducido y ajustado al vocabulario para que fuera comprensible por los niños mexicanos.

El inventario de Coopersmith consta de 58 reactivos agrupados en diferentes escalas de la siguiente manera:

Deseabilidad social: 6,13, 20, 27, 34, 41, 48, 55.

Social: 4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53.

Escolar: 7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56.

Hogar 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54.

Self general (incluye todas las áreas: 1,2 , 3, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 29, 30, 37, 38, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58.

La calificación de los reactivos se hace de la siguiente manera:

Si corresponde a 1 y No corresponde a 0 en los siguientes reactivos: 2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 45, 47, 48, 52, 55, 57.

Si corresponde a 0 y no corresponde a 1 en los siguientes reactivos: 1, 3, 6, 7, 8, 12, 15, 16,17, 22, 25, 26, 30, 31, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 58.

Se obtiene la suma de los puntajes obtenidos y se multiplica por 2 dicho puntaje constituye la calificación final. La cual puede tener las siguientes categorías:

0a 35 Muy inferior a lo normal.

36 a 45 Inferior a lo normal.

46 a 57 Ligeramente inferior a lo normal.

58 a 81 Normal.

82 a 92 Ligeramente superior a lo normal.

Para esta investigación se utilizó el puntaje de Self General debido a que es el que abarca todas las áreas de autoestima en el niño.

Durante la administración los comentarios introductorios o explicativos se reducen al mínimo. Generalmente se empieza diciendo "Buenos días, hoy vamos a llenar un

cuestionario. Sus respuestas me van ayudar a conocerlos, a saber lo que les gusta o lo que no les gusta”.La presente investigación se realizó en el periodo de abril a junio del 2006.

Las variables en estudio fueron las siguientes:

Obesidad: se define como una enfermedad crónica multifactorial compleja influida por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales, y se que caracteriza por el aumento de tejido adiposo es un padecimiento que se acompaña de una serie de complicaciones y requiere por ende, tratamiento de por vida. (10).

Adolescentes: periodo de desarrollo entre el comienzo de la pubertad y edad adulta, inicia entre los 10 y 13 años y termina entre los 16 y 18 años, sufriendo cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad.

Índice de masa corporal: Medición estandar para evaluar peso normal que se obtiene al dividir peso entre talla al cuadrado.

Autoestima: la autoevaluación 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.(16)

Sobre peso: Es el individuo que tenga un IMC mayor de 25 pero menor de 30.

El diseño de la maniobra consistió en captar a todo adolescente que acudiera a la consulta externa en el Hospital Pediátrico Coyoacan a quienes:

- Se tomó peso y talla para la determinación de IMC.
- Se clasificó a los pacientes conforme a su IMC en la clasificación de obesidad tomada de Garrow JS Obesity and related diseases 2 nd ed. Edinburgo: Churchill Livingston, 1988.
- Se solicitó que los pacientes identificaran la silueta que ellos creyeran que les correspondía siguiendo la tabla de la Prueba de Krukak – Wallis.
- Se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños.

Se elaboró base de datos en Excel, el análisis estadístico fue acorde a las características descritas en cada instrumento.

Conforme a la Ley General de Salud, se trató de un estudio sin riesgo desde el punto de vista ético.



### III. RESULTADOS

Se consideró a la población adolescente que incluyó a hombre y mujeres entre 15 y 18 años, a quien se aplicaron los siguientes instrumentos: Test dirigido a la captación de datos de autoestima y a datos de percepción de la imagen corporal. Los datos se tomaron de los adolescentes que se presentaron a la consulta de urgencias del Hospital Pediátrico Coyoacán.

Se aplicaron encuestas a 103 paciente no obesos y a 50 pacientes obesos, de los cuales se presentaron 86 hombre (67%) y 67 mujeres (43%), a quienes se les clasifico con IMC de acuerdo a la clasificación de obesidad tomada de Garrow JS Obesity and related diseeseases 2nd Ed. Edinburgo: Churchill Livingston, 1988.

Del total de 153 pacientes, se clasificaron en pacientes delgados de los cuales fueron 15 hombre (9.8%) y 13 mujeres (8.4%); pacientes normal fueron 37 hombres (24.1%) y 38 mujeres (24.8%); pacientes con sobrepeso se detectaron 30 hombres (19.6%) y 11 mujeres (7.1%) y pacientes obesos con 4 hombres (2.6%) y 5 mujeres (3.2%). (Tabla y Grafica 1).

Se relacionó a los pacientes de acuerdo a su IMC encontrando que la percepción de imagen corporal en hombres delgados que tenían IMC del 9.9% se reportó con una

PIC (percepción de imagen corporal) del 1.3%, mientras que en las mujeres delgadas la IMC fue de 8.4% y la PIC fue 0%.

Los pacientes normales de acuerdo a IMC fueron clasificados entre sobre peso y obesos pero los resultados de su percepción de la imagen corporal se presentaron en diferentes porcentajes: delgados 2 (5.8%), en las mujeres el 0% por la percepción de imagen corporal.

La percepción dentro de la normalidad fue en hombre 21 (61.7%) y en la mujer (68.7%); en la percepción de imagen en pacientes con sobre peso, de los hombres se reportan 7 (20.5) y de las mujeres 4 (25%), finalmente en pacientes obesos en hombre se consideran 4 (11.7%) y las mujeres 1 (6.25%).

Los adolescentes obesos tienen una percepción de su imagen corporal adecuada y acorde con una autoestima aceptable, ya que son pacientes con sobrepeso u obesos pero se consideran dentro del promedio normal (Tabla y Gráfica 2)

Los pacientes con IMC dentro de la clasificación de delgado y normal, se presentaron con la siguiente percepción de imagen corporal: delgados hombre 19 (36.5), mujeres 7 (13.7%); normales hombres 30 (57.6%), mujeres 42 (82.3%); sobrepeso en hombres 3 (5.7%) y mujeres 2 (3.9%); obesos en hombre y mujeres del 0%.

Por otra parte, el 5.7% de los hombres con IMC normal tienen una percepción de su imagen con sobrepeso al igual que el 3.9% de las mujeres. (Tabla y Grafica 3).

Como parte de los resultados del cuestionario de autoestima aplicado en pacientes no obesos se encontró que de los hombres: 12 de los no obesos se clasifican con

autoestima normal; 21 de ellos ligeramente por arriba de lo normal y 19 superior a lo normal.

Entre las mujeres sin sobrepeso se encuentran: 2 con autoestima muy inferior a lo normal; 2 ligeramente menor a lo normal; 15 dentro de lo normal; 13 ligeramente superior a lo normal y 19 con autoestima superior a lo normal. (Tabla y Gráfica 4).

Del mismo cuestionario de autoestima en pacientes obesos se encontró que un hombre se clasifica inferior a lo normal, 6 dentro de lo normal, 14 ligeramente superior a lo normal y 12 superior a lo normal. En el caso de las mujeres 5 pacientes dentro de lo normal, 5 ligeramente superior a lo normal y 5 superior a lo normal. Con esto se comprueba que en la adolescencia la mayoría de los pacientes tienen una autoestima aceptable. (Tabla y Gráfica 5).

En el análisis comparativo de estos pacientes se encontró que: el 1.9% de los no obesos presentan una autoestima muy inferior a lo normal y en el grupo de lo obesos el 0%.

En los pacientes no obesos el 0% presenta inferior a lo normal pero el grupo de obesos se reporta un 2%. Dentro de la clasificación de inferior a lo normal el 1.9% de los pacientes no obesos y en los pacientes no obesos el 0%; dentro de parámetros normales el grupo de los no obesos presenta el 24.2% y en lo obesos el 26%, en ligeramente superior a lo normal el grupo de los no obesos presenta el 34.9% y de los obesos el 38% y entre la superior a lo normal en los pacientes no obesos es 36.8% y los obesos 34%. (Tabla y Gráfica 6)

Tomando las preguntas del cuestionario de autoestima 6, 13, 20, 27, 34, 41, 46 y 55 se evaluó el parámetro de deseabilidad social, donde se comparo los resultados obtenido en el grupo de pacientes obesos y no obesos pero no se encontró diferencia significativa, teniendo ambos grupos un nivel de autoestima respecto a este parámetro. (Tabla y Gráfica 7,8).

Con respecto al ámbito social ambos grupos estudiados se encontró de igual manera autoestima normal en este parámetro donde se tomo las preguntas 4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53; sin encontrar diferencia significativa (Tabla y Gráfica 9 y 10).

En el ámbito escolar se midió este parámetro con las preguntas: 7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56. No encontrando diferencia entre estos grupos estudiados, siendo igual en mujeres y hombres (Tabla y grafica 11 y 12)

Con el cuestionario en las preguntas 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54. se valoro el parámetro autoestima en el hogar encontrando resultados similares en ambos grupos pero llama la atención que un grupo pequeño de mujeres no obesas el 9% presenta una autoestima baja en este parámetro y las pacientes obesas no presentan esta alteración. (Tabla y Gráfica 13 y 14).

## **IV. DISCUSIÓN**

La obesidad se considera actualmente por la OMS como una pandemia y un grave problema de salud pública. Se presenta en todas las edades en todos los países y todos los estratos socioeconómicos.

Los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general.

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el individuo en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas.

En el presente estudio realizado, se trató de valorar la autoestima de los adolescentes tomando el rango de 15 a 18 años que acudieron al Hospital Pediátrico Coyoacán, se realizó un cuestionario donde no se reportó diferencia en el rango del nivel de autoestima entre un grupo de pacientes no obesos y entre el grupo de pacientes con sobrepeso y obesos. Donde con dicho estudio se observó que dentro de los márgenes de autoestima con parámetros de discapacidad social, escolar y en el hogar, no se encuentra diferencia entre ambos grupos. Llamando la atención que el grupo de mujeres no obesas se encuentra disminuida la autoestima,

en el ámbito del hogar. En donde se tiene que trabajar para incrementar el nivel de autoestima en dicho grupo.

Sobre la imagen corporal que se estudio en nuestros pacientes no se encontró afectación en ninguno de lo grupos estudiados. En estudios previos realizados se encontró que en niños de 9-10 de acuerdo a su IMC disminuye el grado de autoestima, pero nosotros encontramos que en paciente adolescentes esto no se comprueba, comparando los dos grupos estudiados.

En un estudio realizado en 1990-1997 sobre la autoestima en adolescentes Simmons, Rosenberg hallaron que la autoestima disminuye durante la adolescencia temprana para llegar a su mínimo a los 12 años. De ese punto en adelante, aumenta gradualmente y alcanza su clímax a los 16 años. Tomando en cuenta esto se puede concluir que la autoestima en este grupo de pacientes medidos (adolescentes con sobrepeso y obesos y no obesos) no hay diferencia en dicha auto-evaluación por lo que tendríamos que trabajar más en dicha autoestima en estos grupos, para formar un buen nivel en dicha población, para tener unas buenas bases para enfrentarse a la edad adulta.

En México es escasa la experiencia en la utilización de cuestionarios autoaplicados para obtener datos de autoestima, peso y talla. Por tanto, es necesario realizar más estudios para establecer la autoestima en los pacientes con una patología crónica como la obesidad, y sobre todo en la población infantil, para verificar si estos grupos son vulnerables a la disminución de la autoestima.

## V. RECOMENDACIONES

- Dentro de las recomendaciones para mejorar la autoestima se pueden instituir o fundar clínicas para adolescentes.
- Promover la medicina preventiva en el ámbito psicológico.
- Fomentar grupos de auto ayuda a los adolescentes en cada unidad de medicina familiar y en hospitales pediátricos.
- Instituir en escuelas la cultura de apoyo psicológico entre sus alumnos y reprimir las expresiones que pueden afectar la formación de la autoestima en dicha población.
- Crear campañas nacionales de fomento de la autoestima en los pacientes pediátricos.
- En cada consulta proporcionada realizar el interrogatorio dirigido para detectar puntos clave donde se encuentre afectada la autoestima de nuestros niños.
- Tener un buen control de peso, y talla de la población pediátrica y realizar exámenes periódicos de niveles de bioquímicos para descartar patologías metabólicas
- Realizar campañas de detección de la obesidad, así como factores de riesgo.
- Fomentar el ejercicio y una buena alimentación en México.
- Capacitar a los prestadores de salud para detectar patologías en la esfera psicológica y en medicina preventiva.
- Realizar cursos enfocados en la educación a padres de familia.

- Manejo integral de pacientes con consulta a pediatría, psicología, nutrición, medicina del deporte, etc.



## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

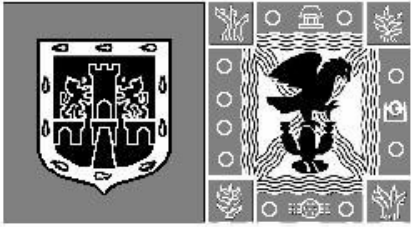
1. Padrón M. Miriam. Obesidad infantil: un problema creciente. *Nutrición Clínica* 2002; 5(4) 258-62.
2. Chavarría A. Sonia. Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica* 2002; 5 (4) 236-40.
3. Curran John S, Lewis A Barness. *Nutrición. Nelson tratado de pediatría.* Behrman Kliegman, Jonson. 16 Edición, Editorial Mc Graw hill, México 2001; 2: 186-191.
4. Madrigal F Herlinda, Irata E Jokin, Martínez G. Miguel. Kearney John, Gibney Michael, Martínez H. Alfredo. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México* 1999; 47(6) pp 479-486.
5. *Guía para el diagnóstico y terapéutica en pediatría.* Max Salas A et.al. 4ta edición Ed. Masson Doyma México 2004.
6. Montt S. María, Chávez Fresia. Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental* sep1996; 19 (3) pp 30-35.
7. Robles V. Carlos, Altamirano B. Nelly. Obesidad mórbida en adolescentes. La generación extra-extra grande.. *Acta Pediátr Mex* 2004;25(2):103-16.
8. Gonzáles B. Jorge. Obesidad: problema de salud pública en México. *Nutrición Clínica* 2002; 5 (4) 213-8.

9. Bazian Ltd. Long-term effect of promoting physical activity in obese children. Evidence-based healthcare Public Health (2005) 9, 278-281.
10. Dehgan M. Akhtar D. N. Merchant AT. Childhood obesity, prevalence and prevention Nutr J. 2 septiembre 2005; 4 (1)24.
11. Savva SC, Tornaritis M, Chadjiorgiou C, Kourides YA, Savva ME, Panagi A, Chictoduolou E. Prevalence and socio-demographic association of undernutrition and obesity among preschool children in Cyprus. Eur J Clin Nutr 01-nov-2005; 59 (11) 1259-65).
12. T Mellbin, Vuille J.C. Rapidly developing overweight in school Children as an Indicator of Psychosocial Stress. Acta Paediatr scand 1989;78:pp 568-575.
13. Slype Aenold. The pediatric obesity epidemic: causes and Controversies. J Clin Endocrinol Metab. 2004; 89 (6) 2540-2547.
14. Dhurandhar NV. Contribution of pathogens in human obesity Drug News Perspect 01 de jun-2004;17 (5)307-13..
15. Unikel S. Claudia. Bojorquez C. Letza, Carreño G. Silvia. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Publica de México 2004; 46 (6)pp 509-15.
16. Epstein Leonard, Myers Michelle, Anderson Katarina. The association of Maternal Psychopathology and Family Socioeconomic Status with Psychological Problems in Obese Children. Obesity reserch 1996; 4 (1)65-74.
17. Mellibin T. Vujlle J. C. Further Evidence of an Association between Psychosocial Problems And Increase in Relative Weight between 7 and 10 yeras of age. Acta Paediatr Scand 1989;78:576-580.

18. Aguilar Y Arturo, Puig S Pedro, Luna M Luis, Sánchez Z. Padro. Rodríguez G Roberto, Rodríguez G Leoncio. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Rev Mex Pediatr* 2002; 69 (5)190-193.
19. Schneider Marcie B, MD y Brill Susan R., MD. Obesidad en niños y adolescentes. *Pediatrics in Review en Español* 2006;27(2):43-49.
20. Clanning Patricia M. Courage Mary L. Frizzell Lynn M. Prevalence of overweight and obesity and obesity in a provincial population of Canadian preschool children. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 171 (3).
21. Willms JD, Tremblay MS, Katzmarzyk PT. Geographic and demographic variation in the prevalence of overweight Canadian Children. *Obes Res* 2003;11 (5):668-73.
22. Díaz I Rolando, Reyes L Isabel, Rivera A Sofía. Autoconcepto: desarrollo y validación de un inventario etnopsicológico. *Rev Iberoamericana de Diag y Eval Psicol.* 2002;13 (1).
23. Osasuna R Ignacio, Hernandez P. Bernardo, Campuzano Julio, Salieron Jorge. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autoreporte. *Salud Publica de México* 2006;48(2) pp:94-103.
24. Pirie P, Jacobs D, Jeffery R, distortion in self-reported height and weight data. *J Am Diet Assoc* 1981;78:601-06
25. Speiser Phyllis W, Rudolf Mary C, Anhat Henry, Camacho H Cecilia, Obesity Consensus statement. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90 (3) 1871-87.

26. Reilly JJ, Methven E, Mc Dowell ZC, Hacking B, Stewart I, Health consequences of Obesity Arch Dis Child 2003; 88: 748-52.
27. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N Engl J Med 1993; 329: 1008-12.
28. La Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad NOM-174-SSA1-1998.
29. Money CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. Pediatrics 2005;115(3) 290-6.
30. Hurtado V Jaime, Sotelo N. Roberto. Aumento en la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes de la consulta ambulatoria. Bol Clin Hosp. Infant Edo Son 2006; 22 (2) 81-89.
31. Menchaca M, Patricia. Obesidad en niños mexicanos de la frontera. Salud Publica de México 2006;48 (1) 1-3.
32. Gonzales B.J. Obesidad. Hosp Infant Mex 2004;6 ( 5) 369-71.

## **VII. ANEXOS.**



**SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL  
DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL PEDIATRICO COYOACAN**

**“CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA”**

Inventario de Coopersmith.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_.

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_.

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_.

Lee con mucho cuidado cada una de las preguntas, analiza el contenido y contesta la respuesta que más se acerque a tu conducta y forma de pensar. Tu sinceridad y honestidad son indispensables para poder llevar con éxito el programa.

Por favor marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (X) en el donde esta marcado que si. Si la oración No dice cómo te sientas, casi siempre, pón una cruz (X) en donde dice No en la misma línea.

1	Me gusta mucho soñar despierto.	si	no
2	Me siento seguro de mí mismo.	si	no
3	Mucha me gustaría ser otra persona.	si	no
4	Le caigo bien a la gente	si	no
5	Mis padres y yo nos divertimos muchos	si	no
6	Soy despreocupado	si	no
7	Me cuesta trabajo hablar enfrente de la gente.	si	no
8	Me gustaría ser más chico.	si	no
9	Me gustaría poder cambiar cosas de mí.	si	no
10	Puedo escoger fácilmente lo que quiero	si	no
11	Soy simpático	si	no
12	En casa me enojo fácilmente	si	no

13	Siempre hago lo que esta bien.	si	no
14	Me gusta como hago el trabajo de la escuela	Si	no
15	Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer	si	no
16	Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo	si	no
17	Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago	si	no
18	Casi todos mis compañeros me escogen para jugar	si	no
19	A mis papa les importa mucho lo que yo siento.	si	no
20	Siempre estoy contento	si	no
21	Hago mi trabajo lo mejor que puedo	si	no
22	Me doy fácilmente por vencido	si	no
23	Generalmente me cuido solo	si	no
24	Soy muy feliz	si	no
25	Prefiero jugar con niños más chicos que yo	si	no
26	Mis padres me piden que haga más de lo que puedo	si	no
27	Me cae bien toda la gente que conozco	si	no
28	Me gusta que me pregunten en clase	si	no
29	Yo entiendo como soy	si	no
30	Odio como soy	si	no
31	Mi vida es muy difícil	si	no
32	Mis compañeros casi siempre hacen lo que les digo	si	no
33	En mi casa me ignoran	si	no
34	Me regañan muy poco	si	no
35	Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela	si	no
36	Cuando escojo hacer algo, lo hago	si	no
37	Me disgusta ser hombre (mujer)	si	no
38	Me choca mi manera de ser	si	no
39	Me choca estar con otras personas	si	no
40	Muchas veces me gustaría irme de mi casa	si	no
41	Pocas veces me da vergüenza	si	no
42	Me disgusta la escuela	si	no
43	Muchas veces me avergüenzo de mi mismo	si	no
44	Soy más feo (fea) que los demás	si	no
45	Siempre digo lo que quiero	si	no
46	A los niños les gusta molestarte	si	no
47	Mis padres me comprenden	si	no
48	Siempre digo la verdad	si	no
49	Mi maestro me hace sentir que soy inútil	si	no
50	Me da igual lo que me pase	si	no
51	Todo lo hago mal	si	no
52	Me molesta mucho que me regañen	si	no

53	A los demás los quieren más que a mi	si	no
54	Mis padres son muy exigentes	si	no
55	Siempre se que contestarle a la gente	si	no
56	Me aburre la escuela	si	no
57	Los problemas me afectan muy poco	si	no
58	Quedo mal cuando me encargan algo	si	no

DE LA SIGUIENTE IMAGEN SELECCIONA UNA DE LA SILUETAS DONDE CREAS QUE CORRESPONDE A LA TUYA.

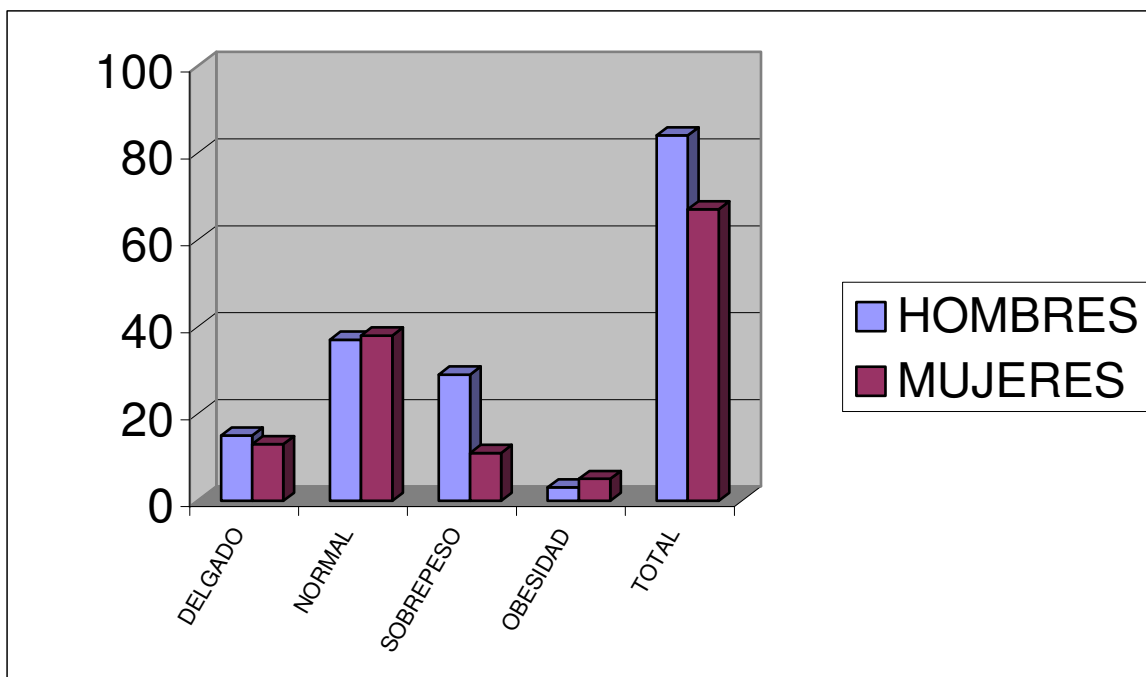


TABLA 1. PACIENTES OBESOS CON RELACION A SU INDICE DE MASA CORPORAL

CLASIFICACION	HOMBRES	%	MUJERES	%
DELGADO	15	9.8	13	8.4
NORMAL	37	24.1	38	24.8
SOBREPESO	30	19.6	11	7.1
OBESIDAD	4	2.6	5	3.2
TOTAL	86	56.2	67	43.79

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006

GRAFICA 1. PACIENTES OBESOS CON RELACION A SU INDICE DE MASA CORPORAL



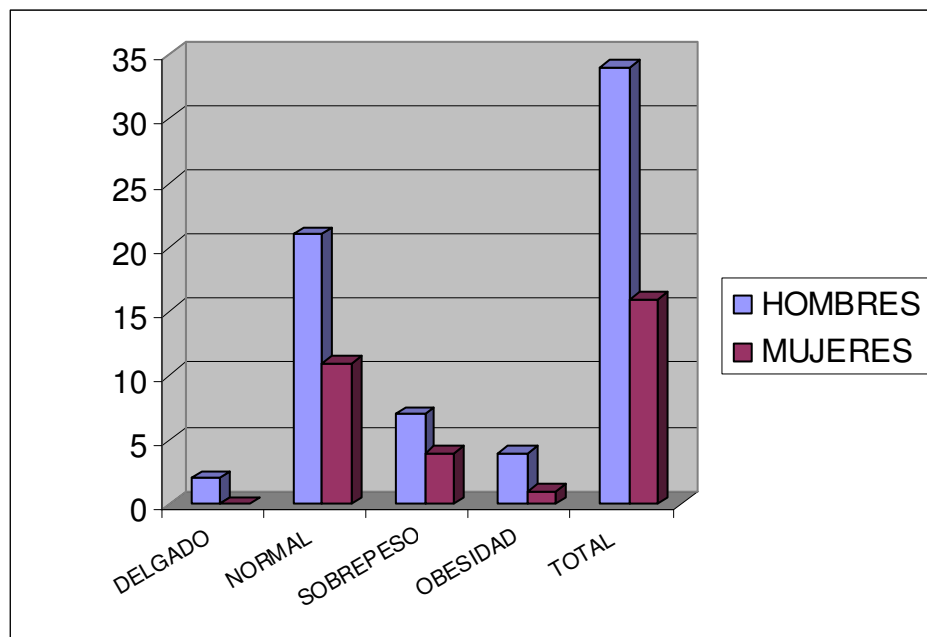
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006

TABLA 2. DE ACUERDO A PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN OBESOS

CLASIFICACION	HOMBRES	MUJERES
DELGADO	2	0
NORMAL	21	11
SOBREPESO	7	4
OBESIDAD	4	1
TOTAL	34	16

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006

GRAFICA 2. DE ACUERDO A PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN OBESOS



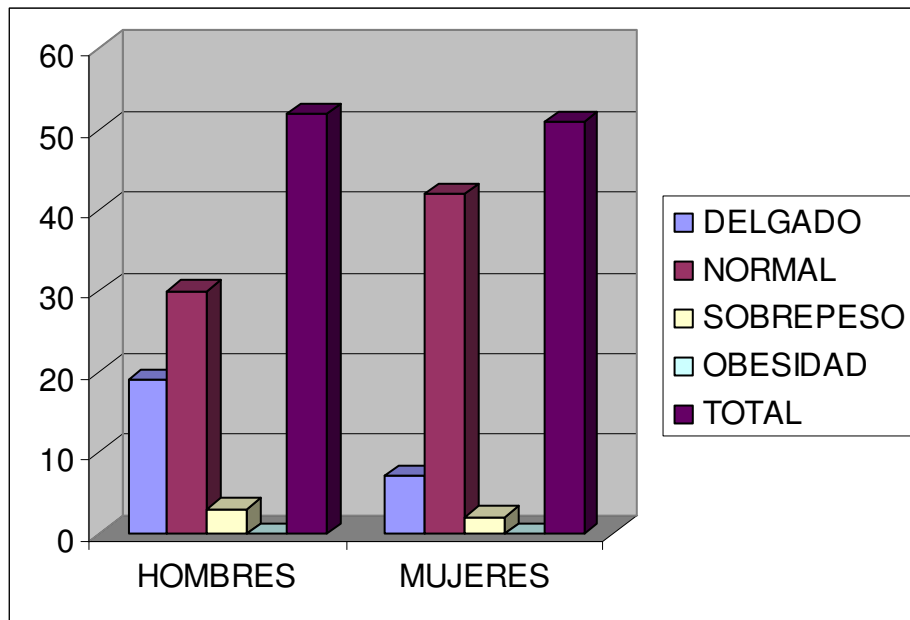
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 3. DE ACUERDO A PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN NO OBESOS

CLASIFICACION	HOMBRES	MUJERES
DELGADO	19	7
NORMAL	30	42
SOBREPESO	3	2
OBESIDAD	0	0
TOTAL	52	51

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al hospital pediátrico Coyoacan.

GRAFICA 3. DE ACUERDO A PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN NO OBESOS



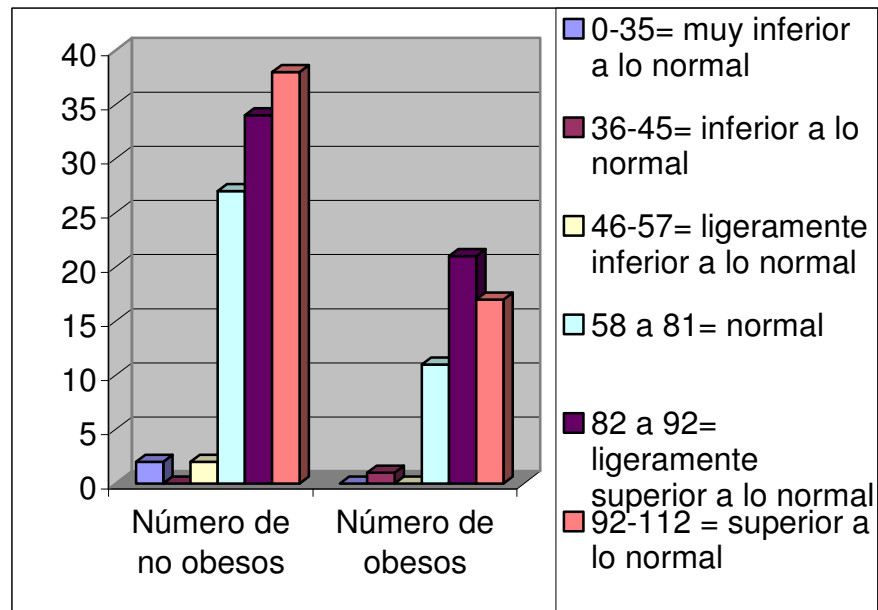
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al hospital pediátrico Coyoacan.

TABLA 4. PUNTAJE DE AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESOS Y PACIENTES NO OBESOS.

	Número de no obesos	Número de obesos
0-35= muy inferior a lo normal	2	0
36-45= inferior a lo normal	0	1
46-57= ligeramente inferior a lo normal	2	0
58 a 81= normal	27	11
82 a 92= ligeramente superior a lo normal	34	21
92-112 = superior a lo normal	38	17
Total	103	50

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

Grafica 4. DEL PUNTAJE DE AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESOS Y PACIENTES NO OBESOS.



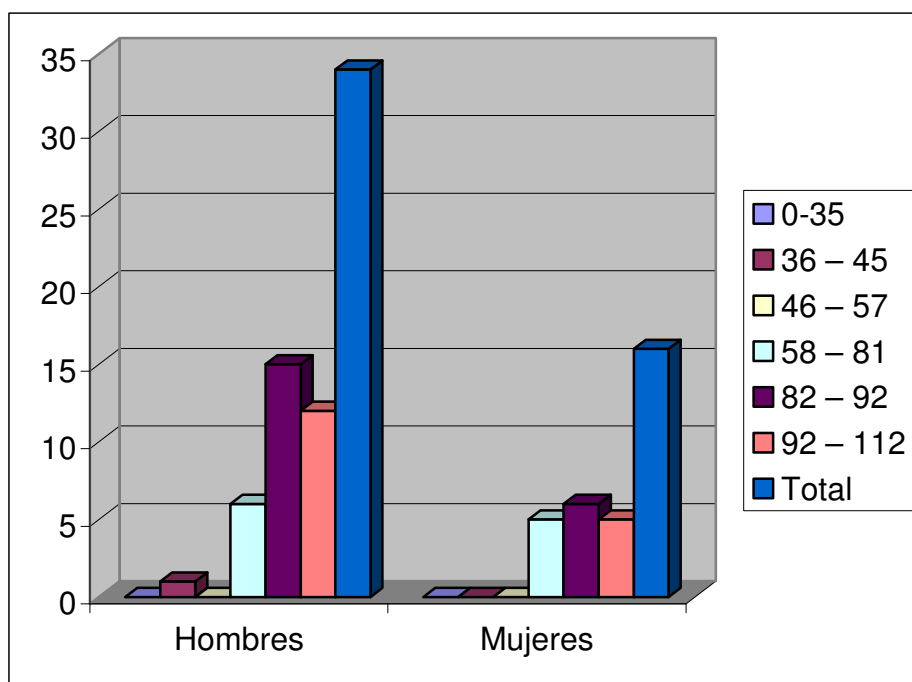
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006

TABLA 5. DE ACUERDO AL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA EN PACIENTES OBESOS.

	Hombres	Mujeres
0-35	0	0
36 – 45	1	0
46 – 57	0	0
58 – 81	6	5
82 – 92	15	6
92 – 112	12	5
Total	34	16

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 5. DE ACUERDO AL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA EN PACIENTES OBESOS.



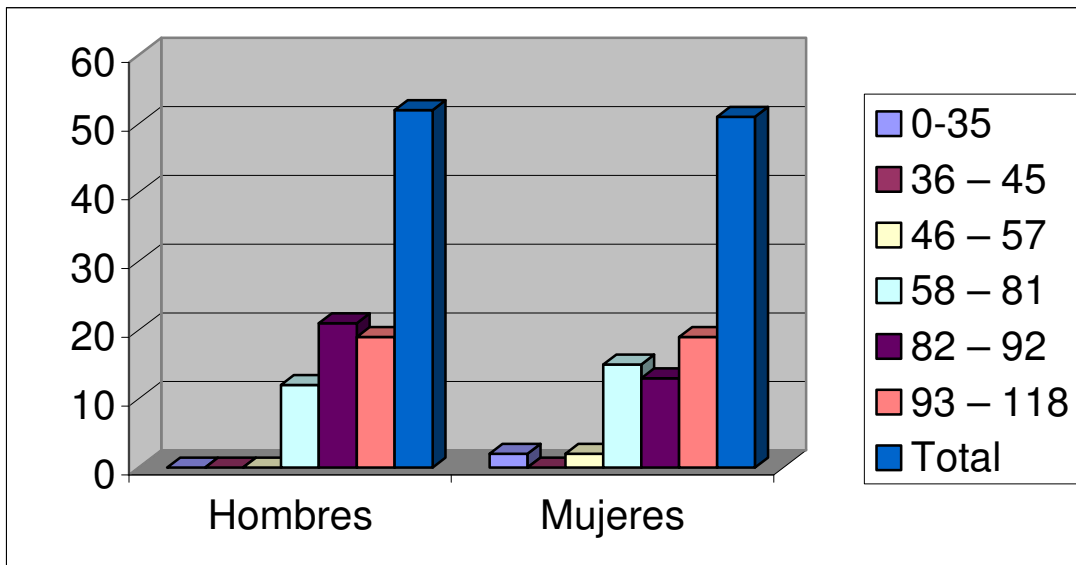
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 6. DEACUERDO AL PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA EN PACIENTES NO OBESOS.

	Hombres	Mujeres
0-35	0	2
36 – 45	0	0
46 – 57	0	2
58 – 81	12	15
82 – 92	21	13
93 – 118	19	19
Total	52	51

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 6 DE ACUERDO AL PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA EN PACIENTES NO OBESOS.



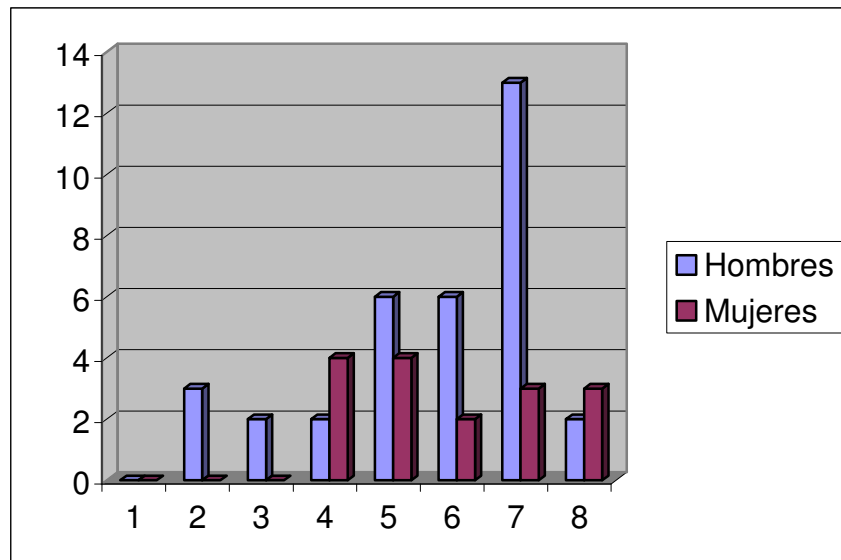
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 7 DE ACUERDO A DESEABILIDAD SOCIAL DE ACUERDO A ENCUETA DE AUTOESTIMA EN PACIENTES NO OBESOS.

	Hombres	Mujeres
1	0	2
2	4	2
3	3	2
4	9	13
5	15	9
6	12	12
7	7	10
8	2	1
Total	52	51

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 7. DE ACUERDO A DESEABILIDAD SOCIAL DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS 6, 13, 20, 27, 34, 41, 46, 55. EN PACIENTES NO OBESOS.



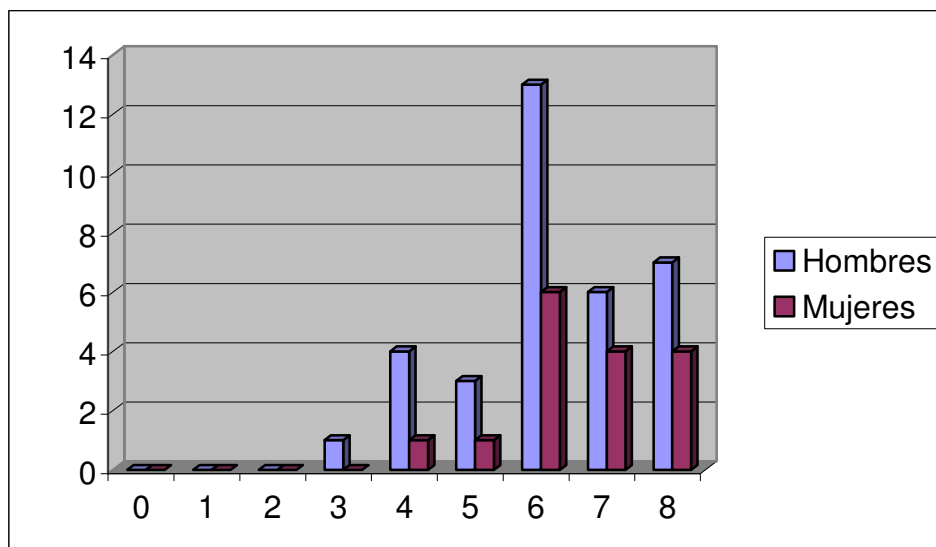
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 8. DE ACUERDO A DESEABILIDAD SOCIAL DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS 6, 13, 20, 27, 34, 41, 46, 55. EN PACIENTES OBESOS.

	Hombres	Mujeres
1	0	0
2	3	0
3	2	0
4	2	4
5	6	4
6	6	2
7	13	3
8	2	3
Total	34	16

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 8. DE ACUERDO A DESEABILIDAD SOCIAL DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS 6, 13, 20, 27, 34, 41, 46, 55. EN PACIENTES OBESOS.



FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

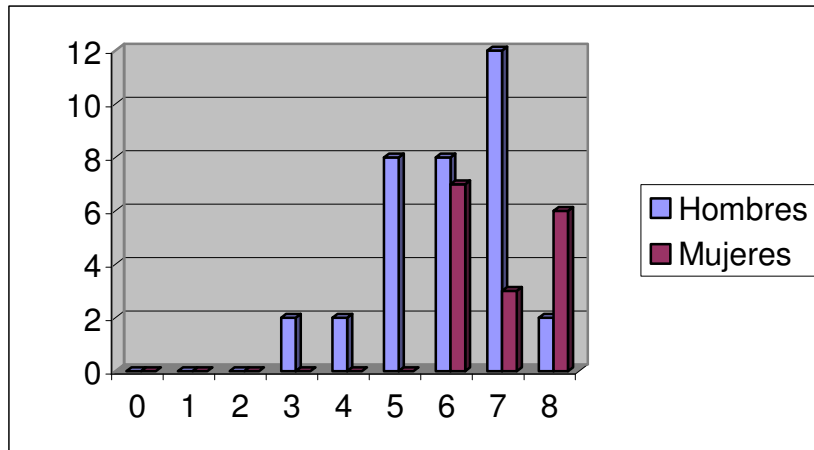


TABLA 9. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS SOCIALES EN PACIENTES NO OBESOS.

	Hombres	Mujeres
0	0	0
1	0	0
2	1	1
3	3	0
4	4	4
5	9	15
6	16	13
7	16	16
8	3	2
Total	52	51

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 9. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS SOCIALES EN PACIENTES NO OBESOS



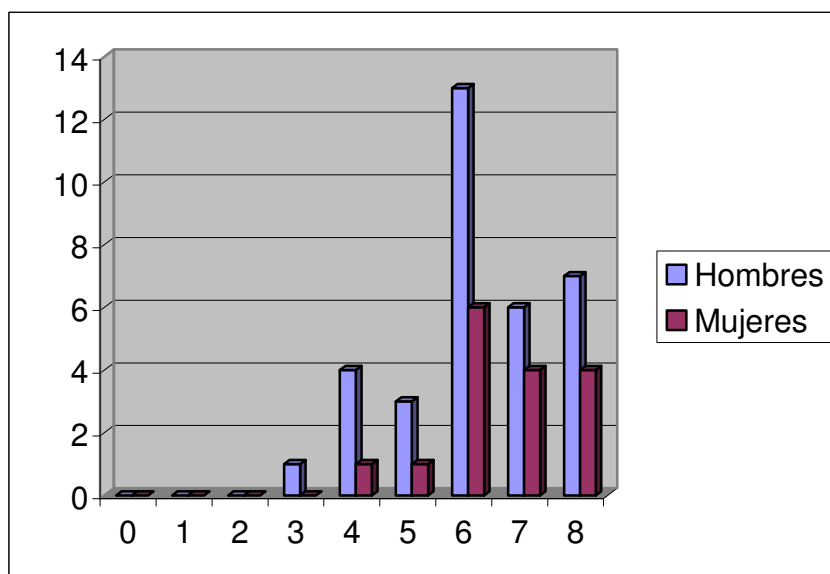
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 10. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS SOCIALES EN PACIENTES OBESOS.

	Hombres	Mujeres
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	1	0
4	4	1
5	3	1
6	13	6
7	6	4
8	7	4
Total	34	16

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 10. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS SOCIALES EN PACIENTES OBESOS.



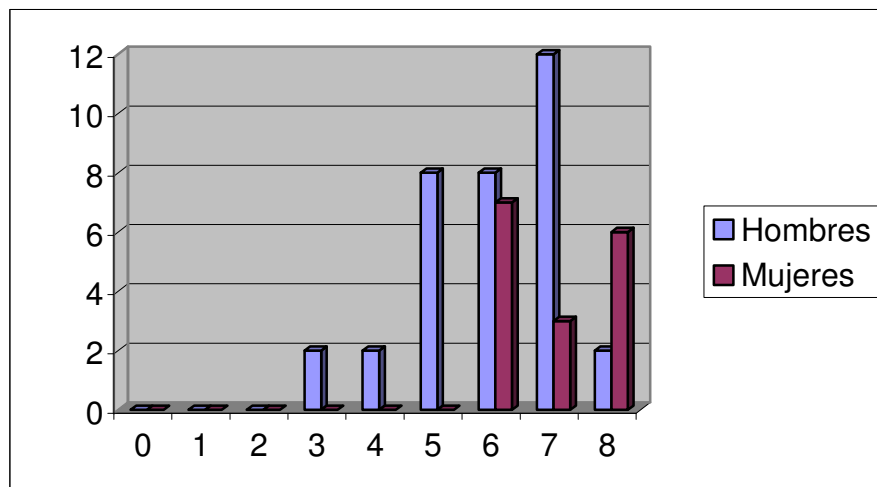
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 11. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESCOLAR EN PACIENTES OBESOS.

	Hombres	Mujeres
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	2	0
4	2	0
5	8	0
6	8	7
7	12	3
8	2	6
Total	34	16

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 11. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESCOLAR EN PACIENTES OBESOS.



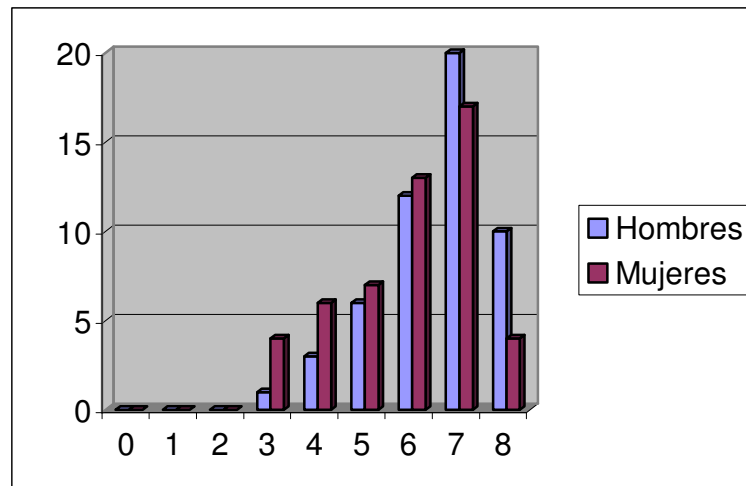
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 12. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESCOLAR EN PACIENTES NO OBESOS.

	Hombres	Mujeres
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	1	4
4	3	6
5	6	7
6	12	13
7	20	17
8	10	4
Total	52	51

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 12. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESCOLAR EN PACIENTES NO OBESOS.



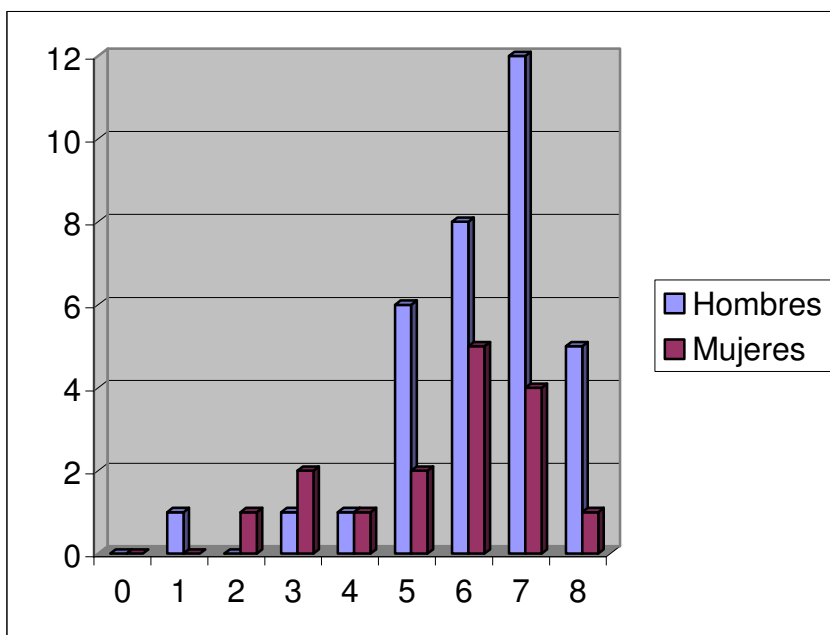
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 13. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS DEL HOGAR EN PACIENTES OBESOS.

	Hombres	Mujeres
0	0	0
1	1	0
2	0	1
3	1	2
4	1	1
5	6	2
6	8	5
7	12	4
8	5	1
Total	34	16

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 13. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS DEL HOGAR EN PACIENTES OBESOS.



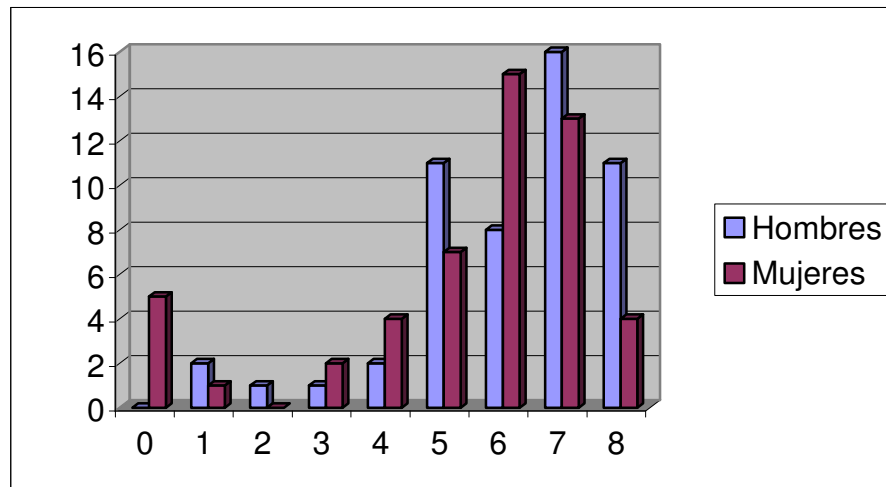
FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

TABLA 14. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS DEL HOGAR EN PACIENTES NO OBESOS

	Hombres	Mujeres
0	0	5
1	2	1
2	1	0
3	1	2
4	2	4
5	11	7
6	8	15
7	16	13
8	11	4
Total	52	51

FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.

GRAFICA 14. DE AUTOESTIMA DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS DEL HOGAR EN PACIENTES NO OBESOS



FUENTE: Encuestas realizadas en pacientes adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacan,2006.