



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"  
I.S.S.S.T.E

"EL IMPACTO DE LA OBESIDAD SOBRE LA  
AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES."

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
E S P E C I A L I D A D E N:  
P E D I A T R I A  
P R E S E N T A :  
DRA. MAYRA SOLEDAD VEJAR ZARATE

*ASESOR DE TESIS:*  
DRA. ARACELI FLORES GARCIA



I S S S T E M É X I C O , D . F .

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

**DR. HERBERT LOPEZ GONZALEZ**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE**  
**ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA**  
**HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ**  
**GUTIERREZ**

---

**DRA. ARACELI FLORES GARCIA**  
**MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA**  
**HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ**

---

**DRA. MAYRA SOLEDAD VEJAR ZARATE**  
**RESIDENTE DE PEDIATRIA**  
**HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ**  
**GUTIERREZ"**

## DEDICATORIA

**A Dios:** Por su presencia en mi vida, su amor, su fidelidad, por dejarme ser el conducto de su amor a los niños a través de la pediatría. Y por que simplemente sin el nada existiría.

**A Jesús:** Por que de no haberte conocido, yo no viviría y porque gracias a ti siempre podré sonreír y realmente vivir.

**A mis Padres:** Por su amor, su paciencia, su fe en mí, y por permanecer siempre a pesar de mis errores. Los amo.

**A mis Hermanos: Carlos, Rodrigo y José,** por su amor, su presencia y su comprensión, por ser mi motor para seguir siempre adelante y no desfallecer.

**A Leonardo:** Por su llegada, que es una nueva esperanza y una enorme ilusión en nuestras vidas para ser mejores cada día.

**A mis tíos: Rene y Renato:** Por su amor, sus angustias y desvelos a mi lado, por estar siempre en el mejor y peor momento.

**A Oscar:** Por lo que has sido, eres y siempre serás en mi vida, Gracias por todo lo que has vivido a mi lado. Me llevó solo lo mejor, que prácticamente eres todo tú.

**A mis amigos: Hugo, Juan Carlos y Kike,** porque nunca dudaron de mi, y me dieron su aliento en todo momento. A mis excompañeras y ahora amigas: **Paola y Gloria,** porque la amistad es solo un pretexto para tener a los Ángeles más cerca de nosotros.

**A todo el personal médico y de enfermería del Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez** por brindarme su apoyo en todo momento, por los regaños, las risas y las discusiones. En especial a la **Dra. Araceli Flores** por tanta paciencia, entrega y amor por la enseñanza.

## **ÍNDICE**

Introducción.....	1
Justificación y planteamiento del problema.....	3
Hipótesis.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Material y métodos.....	5
Resultados.....	6
Discusión.....	8
Conclusiones.....	9
Anexos.....	10
Bibliografía.....	16

## INTRODUCCION

En la actualidad la obesidad constituye un importante problema de salud a nivel mundial, siendo generadora de diversos procesos patológicos entre los que destacan: síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, etc. En nuestro país ocupa el segundo lugar de morbilidad en la edad pediátrica<sup>1,2</sup>

El estilo de vida actual, la modernidad y la necesidad de mejorar la economía del mundo globalizado, han desencadenado una serie de cambios en los adolescentes en relación a: Tipo de alimentación, actividades extraescolares realizadas, disminución del tiempo empleado en la convivencia familiar así como la calidad del mismo ya que actualmente ambos padres son laboralmente activos. El adolescente dedica un mayor tiempo a actividades sedentarias (uso de computadoras, televisión, videojuegos, Chat, etc.), que favorecen el incremento de la obesidad en este grupo de población.<sup>3</sup>

La adolescencia comprende a todo sujeto entre los 11 y 17 años de edad, es una etapa muy dinámica en la vida durante la que acontecen una serie de cambios físicos y emocionales que hacen a este grupo poblacional más susceptible a trastornos psicológicos y emocionales que se reflejan en la vida adulta del individuo.<sup>3</sup>

Esta etapa en el ser humano, se caracteriza por la aparición de caracteres sexuales secundarios además de evolución de los procesos psicológicos y modos de identificación del comportamiento que llevan al adolescente a la transición de un estado de total dependencia a uno de independencia relativa.<sup>5,6</sup>

Este periodo implica la consolidación de la individualidad es decir la diferenciación que una persona logre alcanzar frente a los demás, en este proceso juega un papel muy importante la interacción social, ya que es el contexto natural del desarrollo humano y la satisfacción de necesidades emocionales básicas importantes para configurar la personalidad e identidad.<sup>5</sup>

La adquisición de la identidad sexual y de género se ve influenciada por los cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales. Por ejemplo a los hombres se les impulsa a definir su identidad en función al éxito sexual, mientras que las mujeres deben conciliar entre verse atractivas y a la vez reprimirse sexualmente.<sup>5,6,20,21,22</sup>

Por definición la salud de cualquier individuo se constituye por el bienestar físico, mental y social, por lo que el concepto que formamos de nosotros mismos, la aceptación hacia nuestra persona, y el grado de estima que tengamos de si mismos, son fundamentales para un buen desarrollo en el aspecto emocional y las relaciones sociales con las demás personas. Los estudios al respecto reflejan una importante relación entre la presencia de alguna patología y la disminución en el grado de autoestima del individuo.<sup>7,8,9</sup>

La autoestima se define en termino a la confianza básica en nuestras propias potencialidades, es la auto-evaluación que de si mismo hace una persona e implica dos componentes esenciales: el valor personal y el sentimiento de capacidad personal. El primero se refiere a la calificación positiva o negativa que la persona tiene de su auto concepto ( imagen de si mismo) incluyendo las emociones asociadas con esta valoración y las actitudes respecto de si mismo. El segundo incluye las expectativas que una persona tiene de considerarse capaz para realizar de manera exitosa alguna actividad, es decir su autosuficiencia. En la adolescencia la autoestima juega un rol muy importante en la configuración de la personalidad y podría verse debilitada entre otros por los cambios experimentados en la imagen corporal y la formación propia de una escala de valores y juicios, en muchas ocasiones contraria a la de sus padres, generándole inseguridad y sentimientos de ser diferente.<sup>9,10,18,20</sup>

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo del individuo, durante la cual existe un incremento en la susceptibilidad para desarrollar alguna adicción, tendencias suicidas, embarazos no deseados y se ha relacionado con una mayor incidencia de alteraciones psicológicas como: ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, etc., si a esto sumamos una dinámica familiar deficiente y una percepción errónea de su persona, el resultado tiende a ser aun peor,<sup>9,10,11</sup> la obesidad involucra y afecta directamente el auto concepto y la estima personal.<sup>11,12,18,19,20</sup>

La escala de autoestima de Rosenberg fue descrita por primera vez en 1965<sup>8,12,13</sup> Dicha escala evalúa la autoestima con una puntuación en base a 10 preguntas que aluden a sentimientos globales de autovaloración, cinco de ellas redactadas en sentido positivo y cinco en sentido negativo.<sup>13,14</sup>

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein <sup>15</sup> para explorar la funcionalidad familiar, pone al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, sin hacer un diagnóstico franco de la misma. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability) mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis), cooperación (partnertship) mide la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en la división del trabajo, el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos, desarrollo (growth) mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia afectividad (affection) mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos y capacidad resolutiva (resolve) mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos lo miembros de la familia. Ambas escalas ampliamente validadas. <sup>15,16</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al incremento en la morbilidad de la obesidad en la población pediátrica de nuestro país y con objeto de conocer las implicaciones psicológicas en la adolescencia, se diseñó un estudio en este grupo de población en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISSSTE. Y los resultados son el motivo del presente informe.

## OBJETIVOS:

- OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de autoestima de los pacientes adolescentes con y sin obesidad

- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el grado de autoestima de los pacientes adolescentes con obesidad y aquellos sin obesidad
- Conocer los valores promedio de autoestima de ambos grupos: adolescentes con obesidad y sin obesidad.
- Determinar si existe diferencia por género en el grado de autoestima en pacientes con obesidad.

## HIPOTESIS

¿Los pacientes adolescentes con obesidad presentan un menor grado de autoestima que los adolescentes sin obesidad?

## JUSTIFICACION

Entre la encuesta del 2000 en México y la anterior a ésta, existe un incremento de 9.2 a 11.8% en la prevalencia de obesidad en adolescentes masculinos de 12 a 17 años y en el caso de las adolescentes femeninos el incremento fue del 6.8 al 10.6%.<sup>1,2</sup>

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT del 2006, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tienen sobrepeso u obesidad. Representando alrededor de 5,757,400 adolescentes en nuestro país,<sup>1</sup>

Existe una tendencia clara de sobrepeso y obesidad relacionado con la edad, se reporta que a mayor edad mayor obesidad, en adolescentes del sexo femenino. En comparación con la ENSANUT del año 2000 se observa un incremento modesto en sobrepeso de 21.3 a 23.3% de acuerdo a los criterios propuestos por la IOTF. En cuanto a la obesidad se observa un incremento absoluto pequeño pero elevado en términos relativos de 6.9 a 9.2%<sup>1,2</sup>

## MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 184 pacientes adolescentes, 91 del sexo masculino y 93 del sexo femenino, que acudieron a la consulta externa de pediatría del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, en el período comprendido del 1 de junio al 30 de octubre del 2008. Los criterios de inclusión fueron; pacientes de ambos sexos, con edad comprendida entre 11 y 17 años que firmaran el consentimiento para ingresar al estudio y que aceptaran responder la encuesta sin la ayuda de los padres. El criterio de eliminación fue que cursaran con factores de estrés concomitantes (padecimiento agudo, hospitalización de familiares ni padecimientos crónicos).

Se excluyeron 4 pacientes que contestaron en forma incompleta la encuesta realizada o que en uno de los ítems existieran 2 o más respuestas.

La obesidad se valoró de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) entre la talla (en metros) elevada al cuadrado, tomando en cuenta las desviaciones estándar propuestas por la OMS (2007)<sup>17</sup> Los pacientes se consideraron con obesidad cuando el IMC se encontró por arriba de dos desviaciones estándar, con sobrepeso cuando el IMC fue mayor a una y menor de dos desviaciones estándar y peso normal con IMC por debajo de una desviación estándar. Los pacientes se pesaron y midieron en ropa íntima, usando una báscula con estadímetro (Bame Aut modelo O.C. N. 5282).

Se aplicó un cuestionario constituido por 15 reactivos que incluyeron preguntas para determinar autoestima según Rosenberg y función familiar en base a APGAR. La primera escala evalúa la autoestima con una puntuación a base de 10 preguntas que aluden a sentimientos globales de autovaloración, cinco de ellas redactadas en sentido positivo y cinco en sentido negativo, haciendo la valoración sobre una escala tipo Likert, con cuatro categorías de respuesta (Muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo). Los resultados de la prueba con un intervalo de 30 a 40 puntos indican autoestima elevada o dentro de parámetros normales, de 26 a 29 puntos con autoestima moderada, que no representa problemas serios, sin embargo sería conveniente mejorarla y menor de 25 puntos: autoestima baja que representa problemas serios de autoestima. De modo que a mayor puntuación en la escala de Rosenberg refleja una mayor autoestima positiva de la persona evaluada.

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) explora la funcionalidad familiar. Para evaluar este aspecto se consideraron 5 preguntas en escala tipo Likert con 3 categorías de respuesta (siempre, a veces y nunca). Cuando la calificación es igual o mayor a 7 se interpreta como una familia normofuncionante. La calificación entre 4 y 6 habla de una disfunción familiar leve, la calificación igual ó menor de 3 habla de disfunción familiar grave.

Anexo 1

Se califico manualmente cada uno de los cuestionarios, para Rosenberg: cuando la respuesta fue muy de acuerdo con 4 puntos, de acuerdo con 3 puntos, en desacuerdo 2 puntos y muy en desacuerdo 1 punto. Para Apgar familiar cuando la respuesta fue de siempre se calificó con 2 puntos, a veces 1 punto y nunca con 0 puntos. Los resultados se resumen en términos de media aritmética  $\pm$  desviación estándar. El análisis de los datos se realizó usando SPSS versión 16 para Windows.

## RESULTADOS

Se encuestaron 180 pacientes 90 (50%) del sexo masculino y 90 (50%) del sexo femenino. En el grupo de adolescentes del sexo masculino 35 (38.8 %) correspondieron a pacientes con obesidad 30 (33.3%) se encontraron en el grupo de sobrepeso y 25 pacientes (27.7 %), tuvieron peso normal. Respecto al sexo femenino 34 (37.7%) fueron considerados con obesidad, 41 (45.5 %) con sobrepeso, 15 (16.6 %) con peso normal. Tabla 1

La media de edad para ambos sexos fue de  $14.0 \pm 1.89$  DS. Para el sexo masculino la media de peso fue de  $68.37 \text{ kg} \pm 5.9$  DS, la media para talla  $161.48 \text{ cm} \pm 7.30$  DS, media para IMC de  $26.73 \pm 1.75$  DS En el sexo femenino la media de peso  $69 \text{ kg} \pm 6.64$  DS, la media para talla  $162.27 \text{ cms.} \pm 6.75$  DS, con media de IMC de  $26.7 \pm 1.66$  DS. Tablas 2 y 3.

Para la escala de autoestima de Rosenberg se encontró una calificación máxima de 37 y una mínima de 21 puntos, con una media de  $27.9 \pm 4.50$  DS para el total de la población estudiada El mayor porcentaje de autoestima baja en el sexo masculino con obesidad fue de 19 (21.1%) predominando en los grupos de sobrepeso y peso normal una autoestima normal. Tabla 4

En adolescentes femeninas se reporto una autoestima baja en los grupos con obesidad y sobrepeso con 13 casos por grupo (14.4%), llama la atención que en este grupo también se reporta un grupo importante de casos de autoestima moderada en los mismos grupos en relación al índice de masa corporal 8 (8.8%) por grupo. Tabla 5

Los resultados de los cuestionarios respecto a la puntuación máxima de APGAR reportada en el grupo de estudio fue de 9 y la mínima de 4, con una media de  $7.06 \pm 1.63$  DS No se reporto ningún paciente con disfunción familiar severa en ninguno de los 2 grupos.

La disfunción familiar moderada de acuerdo con el APGAR familiar en adolescentes del sexo masculino fue de 17 (18.8%) en pacientes con obesidad en este grupo la función familiar normal se encontró en 18 (20%). La Función familiar normal predomino en los grupos de sobrepeso y peso normal con 25 (27.7%) y 18 (20%) respectivamente. Tabla 6

En el grupo de adolescentes femeninos con obesidad la disfunción familiar moderada según APGAR familiar se encontró en 14 (15.5%), en los 3

subgrupos (obesidad, sobrepeso y peso normal) predominó la función familiar normal, con 20(22.2%), 25(27.7%) y 11(12.2%) respectivamente. Tabla 7

## DISCUSION

La frecuencia de obesidad en el grupo de estudio fue semejante entre adolescentes masculinos y femeninos, en cuanto al sobrepeso la mayor frecuencia se reportó para el sexo femenino, con una diferencia porcentual de 12, los adolescentes masculinos reportaron la mayor frecuencia de pacientes con peso normal para la edad.

La frecuencia de obesidad en el grupo de estudio fue igual a la reportada en la literatura con uno de cada tres adolescentes con sobrepeso y obesidad.<sup>1</sup>

Se encontró disfunción familiar moderada con una correlación significativa al nivel de 0.05 en la correlación de Spearman's Rho en el grupo de adolescentes con obesidad del sexo masculino.

Respecto a la autoestima baja los adolescentes masculinos con obesidad tuvieron una correlación significativa al nivel de 0.01 en la correlación de Spearman's Rho.

En el grupo de adolescentes femeninas a pesar de encontrarse con disfunción familiar moderada en los grupos con obesidad y con sobrepeso en 15.5% y 17.7% respectivamente no se encontró correlación entre el índice de masa corporal y el sexo. Hallazgos semejantes fueron reportados en relación a autoestima baja o moderada en adolescentes femeninos con obesidad y sobrepeso en donde a pesar de encontrarse porcentajes de 14.4% para autoestima baja en ambos grupos (obesidad y sobrepeso) y 8.8% en autoestima moderada en los mismos grupos no existió una correlación entre autoestima e índice de masa corporal. Lo anterior corresponde a lo descrito en la literatura respecto a que los valores de autoestima pueden variar dependiendo de varios factores tales como: edad, género, índice de masa corporal, proceso de recolección y procesamiento de los datos, etc.<sup>5,7,19</sup>

## CONCLUSIONES

En este grupo de estudio se encontró que el grado de autoestima es menor en relación inversamente proporcional al IMC lo anterior es cierto en los adolescentes del sexo masculino, con hipótesis nula al respecto en las adolescentes del sexo femenino, en donde a pesar de identificarse un número mayor de adolescentes con autoestima baja y moderada (48.8%) respecto al grupo masculino con 36.6%. la correlación no es significativa.

En los estudios realizados previamente se asocia a un menor grado de autoestima con el sexo femenino en general, esto debido a roles que socialmente se han enseñado a los adolescentes.<sup>5,19,20</sup> En este estudio se encontraron diferencias en el autoestima en números absolutos, sin correlación significativa. La disfunción familiar moderada se identifica en ambos sexos con un porcentaje de 32% para el sexo masculino y de 37.7% del sexo femenino, sin embargo las adolescentes mujeres expresan la percepción familiar en una frecuencia semejante independientemente de su IMC. Por lo que no podríamos considerar al funcionamiento familiar como único aspecto determinante en el grado de autoestima de los pacientes, sin embargo no podemos negar que el funcionamiento familiar, constituye un elemento clave en la generación de un nivel de autoestima adecuado para los adolescentes.<sup>5,7,8,9</sup>

Consideramos que el número de la muestra fue pequeño sin embargo los hallazgos son interesantes y sería conveniente ampliar la misma con objeto de incidir en forma temprana en esta etapa de la vida considerando que una autoestima baja puede tener consecuencias de riesgo importantes favoreciendo: alcoholismo, drogadicción, depresión, ansiedad, riesgo de embarazos no deseados, etc.<sup>5</sup>

ANEXOS:

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO EN RELACIÓN A INDICE DE MASA CORPORAL**

Sexo	Obesidad	Sobrepeso	Peso Normal
Femenino	34 (37.7%)	41 (45.5%)	15(16.6%)
Masculino	35 (38.8%)	30(33.3%)	25(27.7%)
Total	69 (38.3%)	71 (39.4%)	40 (22.2%)

**TABLA 2. CARACTERISTICAS DE PESO, TALLA E IMC EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES DEL SEXO MASCULINO.**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar ( $\pm$ )
EDAD	11	17	14.02	2.193
PESO	52	88	68.37	5.954
TALLA	149	178	161.48	7.307
IMC	24.00	34.00	26.73	1.75

**TABLA 3. CARACTERISTICAS DE PESO, TALLA E IMC EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO.**

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar (+)
EDAD	11	17	14.17	2.10
PESO	55	88	69.00	6.64
TALLA	149	175	162.27	6.75
IMC	22.00	31.00	26.78	1.66

**TABLA 4. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DEL SEXO MASCULINO Y SU RELACIÓN CON IMC**

Valoración de Autoestima	Obesidad	Sobrepeso	Peso normal
NORMAL	13 (14.4%)	19 (21.1%)	20 (22.2%)
BAJA	19 (21.1%) <sup>0.430</sup>	4 (4.4%)	5 (5.5%)
MODERADA	3 (3.3%)	7 (7.7%)	0
TOTAL	35 (38.8%)	30 (33.3%)	25 (27.7%)

Spearman's Rho . Correlación Significativa a nivel de 0.01

**TABLA 5. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO Y SU RELACIÓN CON EL IMC**

Valoración de Autoestima	Obesidad	Sobrepeso	Peso normal
NORMAL	15 (16.6%)	20 (22.2%)	12 (13.3%)
BAJA	13 (14.4%)	13 (14.4%)	1 (1.1%)
MODERADA	8 (8.8%)	8 (8.8%)	0
TOTAL	36 (40%)	41 (45.5%)	13 (14.4%)

**TABLA 6. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE APGAR FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL SEXO MASCULINO Y SU RELACIÓN CON EL IMC**

	Obesidad	Sobrepeso	Peso Normal
Disfunción Familiar Moderada	17 (18.8%) <sup>.209</sup>	5 (5.5%)	7 (7.7%)
Función Familiar Normal	18 (20%)	25 (27.7%)	18 (20%)
Total	35 (38.8%)	30 (33.3%)	25 (27.7%)

Spearman's Rho . Correlación Significativa a nivel de 0.05

**TABLA 7. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE APGAR FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO Y SU RELACIÓN CON EL IMC**

	Obesidad	Sobrepeso	Peso Normal
Disfunción Familiar Moderada	14 (15.5%)	16 (17.7%)	4 (4.4%)
Función Familiar Normal	20 (22.2%)	25 (27.7%)	11 (12.2%)
Total	34 (37.7%)	41( 45.5%)	15 (16.6%)

## CUESTIONARIO 1



HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ  
ZONA PONIENTE  
I.S.S.S.T.E

### SERVICIO DE PEDIATRIA

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M( ) F ( ) PESO \_\_\_\_\_  
TALLA \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: AGRADEZCO TU COOPERACION, ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL, CIRCULA LA RESPUESTA QUE CONSIDERES SE REPITE MAS VECES EN TU FAMILIA Y EN TU PERSONA

**1) ESTAS SATISFECHO(A) CON EL TIEMPO QUE PASAS CON TU FAMILIA?**

A) NUNCA B) A VECES C) SIEMPRE

**2)¿SIENTES QUE TU FAMILIA Y AMIGOS TE QUIEREN?**

A) NUNCA B) A VECES C) SIEMPRE

**3)¿ESTAS SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBES POR PARTE DE TU FAMILIA?**

A) NUNCA B) A VECES C) SIEMPRE

**4)¿DISCUTES TUS PROBLEMAS EN FAMILIA?**

A) NUNCA B) A VECES C) SIEMPRE

**5) ¿TOMAS DESICIONES IMPORTANTES EN FAMILIA?**

A) NUNCA B) A VECES C) SIEMPRE

**6) CREO QUE TENGO BUENAS CUALIDADES**

A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO

D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**7) ME GUSTARIA TENER MAS RESPETO POR MI MISMO.**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO.

**8) SIENTO QUE SOY UNA PERSONA TAN VALIOSA COMO OTRAS**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**9) HAGO LAS COSAS TAN BIEN COMO LA MAYOR PARTE DE LA GENTE**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**10) EN GENERAL ESTOY SATISFECHO CONMIGO MISMO**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**11) ME INCLINO A PENSAR QUE SOY UN FRACASO.**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**12) CON FRECUENCIA PIENSO QUE NO SOY BUENO EN LAS COSAS**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**13) CON FRECUENCIA ME SIENTO INUTIL.**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**14) NO TENGO MOTIVOS PARA ENORGULLECERME.**

- A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO  
D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**15) ME GUSTARIA QUE LOS DEMAS ME RESPETARAN MAS**

A) MUY DE ACUERDO B) MÁS O MENOS DE ACUERDO C) EN DESACUERDO

D) TOTALMENTE EN DESACUERDO

## BIBLIOGRAFIA:

1. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández- Avila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca Méx: Instituto Nacional de Salud Pública. 2006: 12-4.
2. Del Río NBF, Velásquez MO, Sánchez CC, Lara EA, Berber A, Fanghänel G. et al. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Working Group. The high prevalence of overweight and obesity in mexican children, *Obesity Res* 2004;12: 215, 223.
3. Dietz W. Overweight in chilhood and adolescente. *N Engl J Med.*2004; 350: 855-7.
4. Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y Centro Nacional para la prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud, EUA. Percentiles del indice de masa corporal por edad y sexo.(2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>.
5. Strauss R, Richard. Childhood obesity and self-steem. *Pediatrics* 2000: 105;e15
6. Reilly J. J, Obesity in Childhood and Adolescence: Evidence Based Clinical and Public Healt Perspectives; *Postgrad. Med. Journal.* 2006/ 82/429-437.
7. Garaigordobil M, Durá A, Pérez J.I, Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio en adolescentes de 14 a 17 años. *Annuary of clinical and Health Psycology* 1 (2005) 53-63
8. Amescua J.A., Pichardo C; Diferencias de género en Autoconcepto en Sujetos Adolescentes: *Anales de Psicología*, 2000; 16(2) 207-214.
9. Tarazona D, Autoestima, Satisfacción con la Vida y Condiciones de Habitabilidad en Adolescentes Estudiantes de Quinto Año de Media. Un estudio Factorial Según Pobreza y Sexo; *JJPSI/ 2005/ vol.8/2*.
10. Calvo, A.J., González R, y Martorell M.C., Variables Relacionadas con la Conducta Prosocial en la Infancia y Adolescencia; *Personalidad, Autoconcepto y Género; Infancia y Aprendizaje*; 2001; 24 (1) 95-111.
11. Fan F., y Fu,J., Self-Concept and Mental Health Of Collage Students; *Chinese Mental Health Journal* (2001); 15 (2) 75-77.
12. Garaigordobil M., Cruz., y Pérez J, I., Análisis Correlacional y Predictivo del Autoconcepto con Otros Factores Conductuales Cognitivos y Emocionales de Personalidad Durante la Adolescencia; *Estudios de Psicología*, 2003, 24 (1) 113-134.

13. Mc. Carthy y Hoge; 1982, Pruebas de Fiabilidad para la Escala de Autoestima;\*
14. Rosenberg, Silberg y Tippett; 1965; Pruebas de Validez para la Escala de Autoestima.\*
15. Smilkstein; 1978; Escala Original de Apgar Familiar.\*
16. Bellon y cols (1996). Validación para la Escala de Apgar Familiar \*
17. OMS. Patrones de Crecimiento Infantil.  
2007. <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
18. Musitu G. Jiménez TI, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud Pública Mex. 2007;49:3-10.
19. Franklyn J, Denyer G, Steinbeck-S,K, Caterson D, Ian, et, al . Obesity and risk of low self-esteem; A Statewide Survey of Australian Children., Pediatrics 2006;118; 2481-87.
20. Jose Manuel Tomás, Oliver Amparo; Análisis Psicométrico Confirmatorio De Una Medida Multidimensional del Autoconcepto en Español; Interamerican Journal of Psychology; 2004; Vol. 38 No. 2 pp 285-293.
21. Speicer P, Rudolf C.J, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chiarelli F, Eliakim A, Freemark M, Grutters A, Et. al, Consensus Statement: childhood obesity; The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism; 2005; (90) 3 ; 1881-1897.
22. Paul J. Veugelers, Angela L. Fitzgerald. Prevalence of and risk factors for childhood, overweight and obesity; CMAJ 2005; 173 (6).