



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**“AUTOESTIMA EN NIÑOS CON OBESIDAD Y SOBREPESO  
EN COMPARACIÓN CON NIÑOS CON PESO NORMAL DEL  
HGZ / UMF 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**T E S I S**

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

**PRESENTA**

**DRA. CUAUTLE HURTADO ROSA GABRIELA**

**ASESORES**

**DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO  
DR. JOSE ANTONIO MIRANDA CARDENAS**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA**



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 8  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

---

**DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO**  
Director Del Hospital General De Zona/ Unidad De Medicina Familiar No 8  
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

---

**DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA**  
Médico Familiar  
Jefe De Enseñanza E Investigación En Salud Del HGZ /UMF 8  
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

---

**DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO**  
**Médico familiar**  
**Adscrito al HGZ/ UMF no 8**  
**“Dr. Gilberto flores izquierdo”**  
**Asesor de tesis**

---

**DR. JOSE ANTONIO MIRANDA CARDENAS**  
**Médico familiar**  
**Adscrita al HGZ / UMF No 8**  
**“Dr. Gilberto flores izquierdo”**  
**Asesor de tesis**

## INDICE

1. Resumen .....	1
2. Abstract.....	2
3. Marco Teórico y Antecedentes científicos.....	3
4. Justificación .....	15
5. Planteamiento del Problema.....	17
6. Hipótesis.....	17
7. Objetivos del Estudio.....	17
7. Material y Métodos	
7.1 Tipo de estudio.....	18
7.2 Universo de trabajo .....	18
7.3 Población.....	19
7.4 Criterios De Selección.....	19
7.5 Tamaño de muestra .....	20
8. Definición operacional de las variables.....	21
9. Diseño estadístico y aspectos estadísticos.....	24
10. Método de recolección de datos.....	25
11. Metodología .....	25
12. Consideraciones éticas.....	27
13. Resultados .....	29
14. Discusión de Resultados.....	42
15. Análisis de resultados .....	43
16. Conclusiones .....	44
17. Bibliografía.....	45
18. Anexos.....	49

# “AUTOESTIMA EN NIÑOS CON OBESIDAD Y SOBREPESO EN COMPARACIÓN CON NIÑOS CON PESO NORMAL DEL HGZ / UMF 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

## **Introducción:**

Desde finales del siglo pasado en todo el mundo se observó un dramático aumento de la obesidad en todos los grupos de edad, ocasionando serias repercusiones a la salud de orden psicológico y biológico. Se calcula que actualmente hay 250 millones de personas con obesidad en el mundo, y el doble o el triple de personas con sobrepeso.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, el informe de esta encuesta se indica que el sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor de 26% para ambos sexos, cifra que comparada con la de 1999 (18.6%) traduce un incremento de 39.7% en tan sólo 7 años.

La obesidad es un grave peligro para la salud, a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera este padecimiento en términos de una epidemia mundial. La obesidad es un problema de salud pública mundial y su importancia durante la niñez y adolescencia está fundamentada en su compromiso biopsicosocial. La obesidad tienen alta implicación en la obesidad moderada y en la grave, la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia es de orden psicosocial

La obesidad durante la infancia tiene importantes implicaciones a corto, mediano y largo plazo a corto plazo tiene efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, sobre la autoestima y la calidad de vida.

En México existen pocos estudios sobre el nivel de obesidad en niños y menos aun la relación entre la obesidad y el nivel de autoestima, por lo que se realiza esta investigación ya es de suma importancia reconocer si en realidad afecta de manera directa la obesidad a la autoestima desde la infancia y así poder contribuir a que se apliquen las medidas necesarias y oportunas para prevenir tanto problemas fisiológicos como psicológicos en los niños y mejorar su calidad de vida en todos los aspectos para que en su vida adulta tengan un mejor pronóstico y mejor calidad de vida.

En este estudio se comparó la autoestima en niños obesos y con sobrepeso en relación a y la autoestima en niños con peso normal

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio Prospectivo, Transversal, Observacional, Descriptivo que incluyó 108 niños entre 6-12 años que acuden a consulta al servicio de urgencias pediatría del HGZ 8 IMSS. “Gilberto Flores Izquierdo” en el periodo comprendido de marzo-abril 2009, tomando como variables: Niños con sobrepeso y obesos, Niños con peso normal y Nivel de autoestima, con respecto a Inventario de Coopersmith para medir autoestima en niños (validez y confiabilidad en población de niños mexicanos desde 1989)

## **Resultados**

Se observó que los niños con obesidad y sobrepeso tuvieron un nivel de autoestima inferior a los niños con peso normal en todas las edades. La autoestima en las niñas con obesidad y sobrepeso fue inferior a el nivel de autoestima de los varones obesos. Los niños con peso normal en su mayoría tuvieron autoestima normal o superior a lo normal.

# **“SELF-ESTEEM IN CHILDREN WITH OVERWEIGHT AND OBESITY COMPARED TO CHILDREN WITH NORMAL WEIGHT IN HGZ / UMF 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

## **Introduction:**

Since the end of the last century throughout the world was observed a dramatic increase in obesity in all age groups, causing serious health effects of psychological and biological. It is estimated that there are currently 250 million obese people in the world, and the double or triple overweight people.

In Mexico, according to the National Survey of Health and Nutrition 2006, the report of this survey indicate that overweight and obesity in children 5 to 11 years was about 26% for both sexes, compared with a figure of 1999 (18.6%) reflected an increase of 39.7% in just 7 years.

Obesity is a serious health hazard, to the extent that the World Health Organization (WHO) considers this disease in terms of a global epidemic. Obesity is a global public health problem and its importance in childhood and adolescence is rooted in its commitment biopsychosocial. Obesity have high involvement in moderate obesity and the severe, the consequence most common in childhood and adolescence are psychosocial.

Obesity during childhood has important implications in the short, medium and long term, in short-term it has adverse effects on blood pressure, lipids, carbohydrate metabolism, on self-esteem and quality of life.

In Mexico there are few studies on the level of obesity in children and even less in the relationship of obesity with self-esteem level, therefore this research is made and is utmost importance to recognize if it directly affects the obesity self-esteem since childhood and thus to help implement necessary and appropriate measures to prevent both physiological and psychological problems in children and improve their quality of life in all respects so that in adulthood they achieve a better prognosis and better quality of life.

This study compared the self-esteem in obese children and overweight in relation to self-esteem in children with normal weight.

## **Material and methods**

It was realized a prospective study, transverse, observational and descriptive which included 108 children between 6-12 years that attended the consultation of the pediatric emergency department HGZ 8 IMSS. "Gilberto Flores Izquierdo" in the period of March-April 2009, using as variables: overweight and obese children, children with normal weight and normal level of self-esteem, with respect to Inventory Coopersmith that measured self-esteem in children (validity and reliability in population of Mexican children since 1989).

## **Results**

It was observed that children with obesity and overweight had lower level of self-esteem compared with normal weight children in all ages. Self-esteem in girls with obesity and overweight was lower than the level of self-esteem obese men. Most children with normal weight had normal self-esteem or above normal.

## **Marco Teórico**

Hasta la segunda mitad del siglo pasado, el problema de sobrepeso y obesidad estaba circunscrito a los países desarrollados. Sin embargo, desde finales de ese mismo siglo en todo el mundo se observó un dramático aumento de este problema de salud, ocasionando serias repercusiones a la salud de orden psicológico y biológico. Este problema trasciende el ámbito estrictamente médico debido a que en el momento actual se considera que sus principales determinantes son los cambios en los estilos de vida, propiciados por la civilización que ha favorecido la creación de ambientes obesógenos (1).

En los países en vías de desarrollo tiene como característica adicional que la elevada prevalencia del retardo de talla para la edad, favorece la aparición de más casos de obesidad y sobrepeso (1).

La prevalencia de la obesidad infantil y del adulto se ha incrementado dramáticamente. Se calcula que actualmente hay 250 millones de personas con obesidad en el mundo, y el doble o el triple de personas con sobrepeso. En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, de 1976-1980 a 1999- 2000, la prevalencia de sobrepeso aumentó el doble en niños de 6 a 11 años y el triple en adolescentes de 12 a 17 años, con mayor predisposición en hispanos, indios Pima y otros nativos Americanos(2).

Entre los países en vías de desarrollo se ha observado mayor prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad en el medio oriente, el norte de África, Latinoamérica y el Caribe. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, el informe de esta encuesta se indica que el sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor de 26% para ambos sexos, cifra que comparada con la de 1999 (18.6%) traduce un incremento de 39.7% en tan sólo 7 años (3).



Por otra parte, en una reunión para analizar los resultados de la ENSA con un Grupo de Trabajo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos de América (National Health and Nutrition Survey (NHANES) se estimó que entre la encuesta del 2000 en México y la anterior a ésta la prevalencia de obesidad en niños de 12 a 17 años aumentó de 9.2 a 11.8% y en niñas de la misma edad fue de 6.8 a 10.6%(4).

La obesidad es un grave peligro para la salud, y en los últimos 50 años ha incrementado su prevalencia en adultos y niños, a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera este padecimiento en términos de una epidemia mundial (5).

La Organización Mundial de la Salud declaró “El aumento en la prevalencia de obesidad en muchos países puede estar relacionado con los cambios la dieta, o bien con una reducción relativa de actividad física de la población y ambos fenómenos pueden estar relacionados con el desarrollo socioeconómico de un país y con los cambios en el estilo de vida que dicho desarrollo ocasiona” (6)

A nivel nacional, se han llevado a cabo distintas encuestas tanto de salud como de nutrición a cargo de la Secretaría de Salud y del Instituto Nacional de Salud Pública. En la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN 1999), en niños escolares se encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5%. En la misma encuesta se muestran cifras de sobrepeso en edad escolar de 25% en la región norte del país y 13% en la región sur. (7)

Tales estimaciones van de acuerdo a los cambios observados en el mundo: se calcula que 3% de los niños preescolares y el 10% de niños en edad escolar tienen sobrepeso. Cerca de 60% de niños y adolescentes con sobrepeso tienen, al menos, un factor de riesgo y éste es para enfermedad cardiovascular, y más del 25% tiene dos o más factores de riesgo.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) comparada con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 1999, se reportó un aumento alarmante en la prevalencia de obesidad en niños, pasando de 5.3 a 9.4% lo que equivale al 77%; en las niñas este aumento fue de 5.9 a 8.7% lo que equivale al 47%; la prevalencia de sobrepeso incrementó gradualmente entre los 5 y los 11 años, en niños fue de 12.9 a 21.2% y en niñas de 12.6 a 21.8%. La prevalencia de obesidad aumentó entre las mismas edades 6.5 pp en niños de 4.8 a 11.3% y 3.3 pp en niñas de 7.0 a 10.3%.(8)

Actualmente, México es el segundo país con más individuos con índice de masa corporal mayor de 30, sólo por debajo de los Estados Unidos de América, encontrándose que ocho de cada 10 adultos entre 40 y 50 años cursan con sobrepeso y obesidad (11)

Entre la población en edad escolar de todo el mundo se estima que hay 2.7% de niños obesos y 7.6% de niños con sobrepeso. En los niños menores de dos años atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social que viven en áreas urbanas, hijos de padres que tienen un trabajo formal, el sobrepeso y la obesidad tienen cifras de 4.4 y 2.2%, respectivamente; mientras que los que viven en áreas rurales, hijos de padres que no tienen un trabajo formal, la prevalencia es mayor, de 6.7 y 5.7%, respectivamente.

En el grupo de edad de 5 a 11 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las niñas aumentó de 1999 a 2006 de 20 a casi 27%, y en los varones aumentó de 17 a 26% estimándose que la prevalencia aumenta con una velocidad de 0.8 puntos porcentuales por año (12)

En los adolescentes, las mujeres tienen una prevalencia de 27.5% y los hombres de 24.7%. Asimismo, cuando un niño cursa con obesidad tiene una probabilidad hasta de 30% de ser adulto obeso, y si fue adolescente obeso su riesgo alcanza hasta 70%. El fenotipo de obesidad general y central entre niños, adolescentes y adultos se ha convertido en un estereotipo entre nuestra población, ignorando o aceptando tácitamente sus consecuencias (13)

La obesidad es un problema de salud pública mundial y su importancia durante la niñez y adolescencia está fundamentada en su compromiso biopsicosocial. Es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Si bien las enfermedades asociadas a la obesidad tienen alta implicación en la obesidad moderada y en la grave, la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia es de orden psicosocial. A su vez, el ser obeso en la infancia y adolescencia aumenta la probabilidad de ser obeso en la vida adulta (14)

Las consecuencias psicosociales, el exceso de peso y la obesidad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conllevan a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima (15)

El comer excesivamente y la inhabilidad crónica para controlar cuánto se come, da lugar a la obesidad y causa sufrimiento. Para los niños y los adolescentes obesos que se ridiculizan y burlan comúnmente, la obesidad se asocia a menudo con síntomas psicológicos y del comportamiento (9)

Los Factores de riesgo que se han encontrado para los problemas de obesidad son:

1) Nutrición: en la última década el comer fuera de casa se ha hecho cada vez más habitual y rutinario. A su vez las personas consumen más frecuentemente alimentos de preparación rápida que son más económicos pero altos en calorías y grasa. Este tipo de alimentos de preparación rápida se exponen en la televisión a los niños llamando su atención con juguetes, música e iconos sociales

2) Vida sedentaria: la disponibilidad extensa de los juegos de televisión, computadora y videojuegos se ha asociado a una actividad sedentaria creciente y el ejercicio ha disminuido. El índice de la obesidad es 8.3 veces mayor para los niños que ven más de 5 horas de televisión por día, comparado a los que ven de 0 a 2 horas por día

3) Genética: el predominio de obesidad en la familia sugiere una predisposición genética a ser gordo. Los niños obesos tienen generalmente antecedentes familiares de obesidad, especialmente de su madre. Las formas más severas de obesidad que comienzan en niñez temprana, son solo condiciones de genes transmitidas por una herencia recesiva, en las cuales el ambiente juega simplemente un rol.

4) Enfermedades físicas: si la obesidad comienza en la niñez, tiene muchas consecuencias físicas y psicológicas, en niños y adolescentes la diabetes tipo 2 se considera el 30% de los casos nuevos de enfermedades físicas desatendidas.

La mayoría de los casos de diabetes tipo 2 son atribuibles a los problemas físicos de la obesidad.

5) Enfermedades psiquiátricas: el impacto social y psicológico de obesidad puede ser significativo. Los niños de cinco años atribuyen a ésta términos negativos como perezoso y feo también presentan un bajo concepto de sí mismo y se ha divulgado que en los niños gordos existe un desorden de depresión y ansiedad, y llega a ser más común entre mujeres (10)

La obesidad durante la infancia tiene importantes implicaciones a corto plazo tiene efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, sobre la autoestima y la calidad de vida. A largo plazo, las implicaciones médicas de la obesidad infantil incluyen: mayor riesgo de obesidad en el adulto, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares (16)

Con mucha frecuencia la obesidad causa alteraciones ortopédicas, hipertrofia ventricular izquierda, trastornos del sueño con apnea obstructiva nocturna, disfunciones emocionales, dificultad para la aceptación e integración sociales y en mujeres, con la iniciación más temprana de la pubertad y con desarrollo de ovarios poliquísticos (36)

Aunque hay un componente genético que propicia el desarrollo fácil y rápido de sobrepeso y obesidad, el estilo de vida parece ser el principal detonante, sobre todo cuando se suspende la alimentación con leche materna antes de los seis meses de vida. Los padres influyen en sus niños favoreciendo el consumo excesivo de calorías con alimentos y bebidas de elevado contenido de azúcares y grasas y la actividad física escasa.

Existen diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, neuroquímica, la genética, la celular, endocrina y finalmente las psicológicas, queda claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica (17)

La obesidad es el acumulo en el organismo de grasa corporal en una proporción mayor de la esperada para la edad y sexo, exceso que representa un riesgo para la salud de las personas (18)

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas caracterizadas por un exceso de adiposidad, que pueden iniciarse desde edades tempranas por interacción de factores genéticos, nutricionales y culturales y que son difíciles de revertir, por lo que su prevalencia se eleva conforme aumenta la edad.

Reconocer su existencia requiere el análisis periódico del peso y la talla de niños y adolescentes. En mayores de dos años que no tienen talla baja se recomienda utilizar el índice de masa corporal o IMC (36)

*Índice de masa corporal (IMC)*. Estrictamente, el IMC (kg/m<sup>2</sup>) no informa de la cantidad de grasa que tienen las personas, pero es el indicador que más se utiliza para clasificar la condición nutricia en normal, sobrepeso u obesidad.

Ideado por el estadístico belga L. A. J. Quetelet, también se conoce como índice de Quetelet.

$$IMC = \frac{\text{peso}(kg)}{\text{talla}^2(m^2)}$$

En los niños y adolescentes no pueden tomarse los mismos puntos de corte que en los adultos, por lo que dos organizaciones han propuesto criterios diferentes usando el índice de masa corporal (IMC). La Fuerza de Tarea Internacional para la Obesidad (IOTF) utiliza valores de índice de masa corporal equivalentes a los valores de adultos para sobrepeso y obesidad, pero que obviamente no son iguales.

El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), considera sobrepeso si el índice de masa corporal (IMC) se encuentra igual o superior a la percentila 75 pero inferior a la 85 y obesidad si es igual o superior a la percentila 85, según edad y género. Los niños que están por debajo de la percentila 75 para su índice de masa corporal (IMC) de acuerdo a edad y sexo se considera tienen peso normal.

Las fuentes y los argumentos que sirvieron para generar estos criterios para aceptar sobrepeso y obesidad, son diferentes en cada una de estas organizaciones, y en consecuencia los resultados tienen ligeras variaciones (19)

El índice de masa corporal, medido al menos una vez al año, es una buena manera de diagnosticar el desarrollo de la obesidad en un niño. En contraste con los adultos, la cantidad de grasa en un niño varía fisiológicamente con su crecimiento.

El Índice de Masa Corporal aumenta durante el primer año de vida, decrece como a la edad de 6 años por ser éste el período de máximo crecimiento, aumenta de nuevo entre los 7 y los 8 años, lo que frecuentemente se reconoce como el rebote de grasa

Por ahora, se tiene como referente para la circunferencia de cintura los datos de la población de niños y adolescentes México-Americanos de la Encuesta de Nutrición y Salud de los Estados Unidos de Norte América (EUA) (NAHNES III 1988-1992), proponiendo que si las cifras de circunferencia de cintura se encuentran entre las percentilas 75 a menos 90, el riesgo se considera elevado, pero si es mayor o igual del percentil 90, el riesgo se considera muy elevado.

Para niños mexicanos que vivan en la Ciudad de México, ya se han propuesto valores y puntos de corte de circunferencia de cintura, pero por el momento se requiere definir y tener un referente internacional o al menos regional de lo que

significa la obesidad central en los niños, para progresar en la evaluación de este problema de salud y de sus consecuencias (20)

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador fundamental en estudios epidemiológicos que permite definir peso normal, sobrepeso y obesidad.

El uso universal del índice de masa corporal puede ser expresado por la adopción por parte de la Organización Mundial de la Salud de normas de carácter antropométrico que sirven de referencia en la monitorización y clasificación del crecimiento, desarrollo y estado de salud; esta última asociada con la carencia o el exceso de nutrientes (21)

El concepto de autoestima fue vislumbrado en las ideas sobre el *self* expresadas en los escritos de William James en 1890, quien reconoció que la autoestima puede tener aspectos generales y específicos. Aunque existan fluctuaciones individuales en la autoestima, que dependen de las interacciones cotidianas, cada individuo desarrolla un tono promedio de autoestima, casi como un estado latente (22)

Cooley en 1902, Mead en 1934 y otros autores contemporáneos se ha definido a la autoestima como la actitud positiva o negativa acerca del *self*, el grado de satisfacción con uno mismo y el sentimiento de valía personal percibido al compararse con los demás (23)

Un aspecto esencial en la construcción de la autoestima es la interrelación social que se ha considerado relevante en la formación del *self* y por consiguiente de la autoestima; es la relación objetal en la primera infancia (madre-hijo), es decir, la relación con la figura con quien existe mayor unión afectiva (24)

Es por esto que algunos teóricos enfatizan que el niño utiliza lo que ya conoce y siente, para construir su realidad y contribuir a su propia experiencia (24)



La autoestima se considera como un elemento relacionado con la percepción de la realidad y el comportamiento. El concepto que cada persona tiene de sí misma es único y determina en gran medida la interpretación que da a la realidad y sus acciones consiguientes.

Las personas que difieren en autoestima se comportan en formas marcadamente diferentes. En los modelos de estrés y resistencia, la autoestima se considera como una pieza importante para mitigar el estrés. Si se tiene una autoestima alta, la persona puede controlar su vida; en cambio, si lo que se posee es una autoestima baja, lo que rige el comportamiento es la duda, la defensiva y el miedo.

La mayoría de estos conceptos se pueden dividir en dos grandes grupos. El primero se relaciona con la auto-cognición e incluye términos como auto-concepto, auto-imagen, auto-esquema, auto-comprensión. Estos términos sugieren una referencia descriptiva del *self* e implican una definición de la naturaleza y las cualidades del mismo sin que dicha definición sea necesariamente evaluativa (25)

El segundo grupo es el relacionado con el auto-afecto y los conceptos derivados incluyen autoestima, auto-valor, auto-evaluación, auto-sentimiento. Estos términos se utilizan para describir el valor que cada persona se da a sí misma: cuánto cree que vale, que grado de valía considera que posee (25)

Cassidy, considera a la autoestima como *“El juicio general que el individuo emite de su propia persona en cuestión de su valía”*

Como se puede observar, la autoestima es un constructo que se mide de manera indirecta, mediante definiciones que pretenden entretrejer los diversos factores que intervienen en su construcción.

La autoestima se considera como un elemento relacionado con la percepción de la realidad y el comportamiento. Las personas que difieren en autoestima se comportan en formas marcadamente diferentes. En los modelos de estrés y resistencia, la autoestima se considera como una pieza importante para mitigar el estrés.

La autoestima es uno de los pilares fundamentales sobre el que se construye la personalidad desde la infancia. y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez . Sin embargo, la autoestima no es un rasgo estático ni estable en el tiempo, sino más bien un índice dinámico y sujeto a cambios, que se ve influido por las experiencias a las que las personas nos vemos expuestas.

Algunas investigaciones coinciden en encontrar un decremento en la autoestima durante la adolescencia inicial, que tiende a recuperarse a lo largo de la adolescencia media y tardía.

La etapa inicial sea la que incluya más cambios y tareas evolutivas aceptar los cambios físicos asociados a la pubertad, desvincularse de los padres, pasar de primaria a secundaria, por lo que es razonable que sea en la adolescencia inicial cuando se encuentren los niveles más bajos de autoestima.

La apariencia física se convierte en un aspecto central de la autoestima, sobre todo durante la adolescencia inicial y especialmente para las chicas. La importancia que cobra el aspecto físico a la hora de entender la autoestima en los primeros años de la adolescencia puede contribuir a explicar las diferencias de género que muchos trabajos han puesto de manifiesto y que apuntan a que las adolescentes tienen niveles de autoestima más bajos que sus compañeros varones. (35)

Si se tiene una autoestima alta, la persona puede controlar su vida; en cambio, si lo que se posee es una autoestima baja, lo que rige el comportamiento es la

duda, la defensiva y el miedo (26). Dado que la autoestima se relaciona tanto con el estrés como con las acciones de afrontamiento que las personas llevan a cabo para mitigarlo. (26)

Cuestionario de Autoestima de Coopersmith, que es un instrumento de tamizaje de medición de la autoestima y que mide cinco áreas: autoestima en general (como se perciben o evalúan a sí mismos), social (nivel de dificultad al establecer y mantener relaciones interpersonales), hogar (percepción de ser hostigados o comprendidos en sus casas) escuela (relaciones armoniosas con compañeros y profesores), también contempla un área que evalúa la tendencia a proporcionar una buena imagen, también llamada área de defensa.

En 1989, a este cuestionario se le ha dado validez y confiabilidad en población de niños mexicanos, por un estudio de validación que realizaron Angélica Verduzco y col. teniendo normas para su calificación e interpretación (30)

Coopersmith menciona que las personas con autoestima alta, ante sucesos de la vida diaria, presentan una mayor capacidad para anticipar situaciones, para reaccionar de acuerdo con las circunstancias y, sobre todo, para tomar en cuenta su propio juicio al determinar la mejor acción al enfrentar problemas. En cambio, las personas que tienen autoestima baja poseen un sentimiento de vulnerabilidad y temen no reaccionar de acuerdo con lo esperado, lo cual las lleva a vivir, las dificultades intensamente (32)

Millon menciona que las personas con baja autoestima actúan en función de “los otros” y no de las propias necesidades (33). Fierro y Cardenal han destacado la importancia de la autoestima entre otras variables sociales en la dimensión salud-patología, al mencionar que en la personalidad sana o saludable la persona tiene un grado de autoestima, que le proporciona satisfacción personal (34)

## **JUSTIFICACION**

Desde finales del siglo pasado en todo el mundo se observó un dramático aumento de la obesidad en todos los grupos de edad, ocasionando serias repercusiones a la salud de orden psicológico y biológico.

Hasta la segunda mitad del siglo pasado, el problema de sobrepeso y obesidad estaba circunscrito a los países desarrollados. Se calcula que actualmente hay 250 millones de personas con obesidad en el mundo, y el doble o el triple de personas con sobrepeso.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, el informe de esta encuesta se indica que el sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor de 26% para ambos sexos, cifra que comparada con la de 1999 (18.6%) traduce un incremento de 39.7% en tan sólo 7 años.

La obesidad es un grave peligro para la salud, a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera este padecimiento en términos de una epidemia mundial.

La obesidad es un problema de salud pública mundial y su importancia durante la niñez y adolescencia está fundamentada en su compromiso biopsicosocial.

Es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles. Si bien las enfermedades asociadas a la obesidad tienen alta implicación en la obesidad moderada y en la grave, la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia es de orden psicosocial.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe diferencia en el nivel de autoestima entre los niños con obesidad y sobrepeso en comparación con los niños con peso normal?

## **HIPÓTESIS**

Los niños con obesidad y sobrepeso tienen un nivel de autoestima inferior a lo normal comparado con los niños con peso normal.

### **Hipótesis nula**

Los niños con sobrepeso y obesidad tienen un nivel de autoestima igual o mayor que los niños con peso normal

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

Comparar el nivel de autoestima entre niños con sobrepeso y obesidad en relación a niños con peso normal

### Objetivos específicos

1. Determinar el peso, y talla de los niños entre 6-12 años de edad que acuden a consulta de urgencias pediatría del HGZ/UMF 8 "Gilberto Flores Izquierdo" para obtener el índice de masa corporal y ubicarlos en la percentila que les corresponde de acuerdo a edad y sexo.

2. Determinar el grado de autoestima de los niños que acuden a HGZ/UMF 8 "Gilberto Flores Izquierdo" al servicio de urgencias pediatría entre 6 y 12 años de edad

## **Tipo de estudio**

- Prospectivo
- Transversa.
- Observacional
- Descriptivo

## **Universo de trabajo**

Se realizara en las instalaciones del HGZ/UMF 8 “Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS (consulta de urgencias pediatría) turno matutino y vespertino.

## **Población**

Serán estudiados niños de ambos sexos entre los 6 y 12 años de edad que tengan peso normal, sobrepeso y obesidad que acudan a HGZ/UMF 8 “Gilberto Flores Izquierdo” al servicio de consulta urgencias pediatría, por padecimientos agudos, no complicados.



## Criterios de inclusión y exclusión de los sujetos

Criterios de Inclusión	Criterios de no inclusión	Criterios de Exclusión
Edad > 6 años <12 años	Edad < 6 meses > 12 años	Inventario incompleto
Niños de ambos sexos con peso normal, obesidad y sobrepeso		No fue autorizado por los padres o tutores
Niños que acudan a consulta de urgencias pediatría	Niños que acudan a otro servicio que no sea consulta de urgencias pediatría	Niños analfabetas
Acuden al servicio por patología aguda no complicada	Acuden al servicio por patología crónica, complicada o que requiere hospitalización.	Niños que cursen con ansiedad, depresión, Diabetes Mellitus o Hipertensión arterial
Derechohabientes del IMSS	No Derechohabientes del IMSS	

## Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, se acudió a ARIMAC para conocer la totalidad de niños entre 6 y 12 años de edad adscritos a HGZ/UMF 8 “Gilberto Flores Izquierdo” en turnos matutino y vespertino, se determino por medio de la formula de proporciones para una población finita, de la siguiente manera:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{d^2 (N-1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

N= 6156, población de niños inscritos a HGZ/UMF 8 (durante el periodo de junio del 2007 a junio del 2008)

Z= Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96

d= Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p= .08 prevalencia estimada de la autoestima tomando como referencia la media nacional (10%), expresada en decimales

Q = 1-p = (1-.1) = 0.9

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{6156 (1.96)^2 (0.08) (0.9)}{(0.05)^2(6156-1)+(1.96)^2(0.08)(0.9)} =$$

N= 108 pacientes

Se seleccionaron de acuerdo al resultado de la formula anterior 108 niños de edades entre los 6 y 12 años que cursaban con sobrepeso, obesidad o peso normal, en proporciones similares, que fueran derechohabientes del HGZ/UMF 8 “Gilberto Flores Izquierdo” que acudieran a consulta de urgencias pediatría del IMSS durante el mes de Marzo y Abril del 2009.

El tipo de muestreo fue no probabilístico o determinístico, es un muestreo por juicio, donde se eligió la muestra seleccionando los elementos que al investigador le parecieron importantes. Se eligieron primero a los niños por

observación, tomando a aquellos que sean visiblemente obesos, con sobrepeso o peso normal, utilizando la báscula de urgencias pediatría.

## **VARIABLES**

Variable. Independiente: Niños con sobrepeso y obesos (ver anexo 3-4)  
Niños con peso normal

Variable. Dependiente: Nivel de autoestima, con respecto al Inventario de Coopersmith para medir autoestima en niños (ver anexo 1)

## **DEFINICION DE VARIABLES**

### ***Variable Independiente***

*Niños con sobrepeso:* Su índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a la percentila 75 e inferior a la 85 de acuerdo a la tabla de la CDC del 2000 para edad y sexo

*Niños con obesidad:* Su índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a la percentila 85 de acuerdo a la tabla de la CDC del 2000 para edad y sexo

*Niños con peso normal:* Su índice de masa corporal (IMC) es inferior a la percentila 75 pero superior a la percentila 5 de acuerdo a la tabla de la CDC del 2000 para edad y sexo.

Índice de masa corporal (IMC): Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la estatura elevada al cuadrado (se establece al dividir el peso

corporal expresado en kilogramos, entre la estatura expresada en metros elevada al cuadrado). (L. A. J. Quetelet)

### Variable Dependiente

Nivel de autoestima.

Autoestima. “Es la evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso” (Coopersmith 1967)

La autoestima se considera de acuerdo de acuerdo al concepto utilizado en el inventario de autoestima de Coopersmith que se refiere al grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso; el que dependiendo del puntaje obtenido puede ser:

1. Muy inferior a lo normal
2. Inferior a lo normal
3. Ligeramente inferior a lo normal
4. Normal
5. Ligeramente superior a lo normal

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Autoestima	Es la evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa actitud de	0 - 35  36 – 45  46 – 57	Muy inferior a lo normal  Inferior a lo normal  Ligeramente	Ordinal  Discreta	<b>Inventario de Coopersmith</b> <b>SI =1 y NO=0</b> en los 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

	aprobación o desaprobarción, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso	58 – 81  82 - 92	inferior a lo normal  Normal  Ligeramente superior a lo normal		52, 55,57  <b>SI = 0 y NO=1</b> en los reactivos: 1,3,6,7,8,12,15 17,22,25,26,30 31,33,37,38,39 40,42,43,44,46 50,51,53,54,56,58
Obesidad	IMC igual o superior a percentila 85	IMC	Si – No	Nominal Discreta	Tablas de Percentilas para IMC de la CDC 2000
Sobrepeso	IMC igual o superior a percentila 75 e inferior de 85	IMC	Si – No	Nominal Discreta	Tablas de Percentilas para IMC de la CDC 2000
Peso normal	IMC inferior a la percentila 75	IMC	Si - No	Nominal Discreta	Tablas de Percentilas para IMC de la CDC 2000

IMC= índice de masa corporal  
CDC = Central Diseases Control

## DISEÑO ESTADÍSTICO Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS.

La recolección de los datos obtenidos se efectuara a través de la aplicación única del instrumento propuesto así como la organización de los datos se hará por medio de pruebas no paramétricas.

En variables nominales se organizarán de acuerdo a la frecuencia absoluta y relativa de cada una de ellas, de mayor a menor; la inferencia para interpretar los datos en el grupo de estudio se empleará con un valor de alfa 0.05 utilizando

chi cuadrada para una sola muestra mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia, de acuerdo a la fórmula que mide la discrepancia entre la distribución observada y la distribución teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar.

La fórmula que da el estadístico es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum_i \frac{(\text{observada}_i - \text{teórica}_i)^2}{\text{teórica}_i}$$

Los grados de libertad vienen dados por:

gl= (r-1) (k-1). Donde r es el número de filas y k el de columnas.

Una vez obtenidos los resultados se aplicará el siguiente criterio de decisión:

Se acepta  $H_0$  cuando  $\chi^2 < \chi_t^2(r - 1)(k - 1)$ . En caso contrario se rechaza.

Donde  $\chi_t^2$  representa el valor proporcionado por las tablas.

### **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Los datos se presentarán en hoja individual que contenga gráficas y cuadro de valores de referencia para cada reactivo se usará una hoja independiente.

Se elaborará en Programa Excel 2007 una base de datos donde se incluyan los datos de todos los niños que se les aplico el Inventario y a partir de esa base de datos se efectuará análisis de porcentajes mayores.

## **METODOLOGÍA**

Se obtuvo el consentimiento de las autoridades de la Unidad y consentimiento informado de los padres o tutores.

Se seleccionaron al azar 108 niños de edades entre los 6 y 12 años que cursaban con sobrepeso, obesidad o peso normal, en proporciones similares para agruparlos en los tres grupos respectivamente, que estuvieran dentro del rango de edad establecido, de ambos sexos procurando guardar una proporción similar entre ambos, sin patologías crónicas, que fueran derechohabientes del HGZ/UMF 8 "Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS que acudieran a consulta de urgencias pediatría por patologías agudas no complicadas durante el mes de Marzo y Abril del 2009.

Se eligieron primero a los niños por observación, tomando a aquellos que sean visiblemente obesos, con sobrepeso o peso normal, utilizando la báscula de urgencias pediatría.

Se pesaron y midieron con la báscula de urgencias pediatría para obtener su índice de masa corporal, y obtener así la percentila que les correspondía.

Se les pidió que contestaran el Inventario de Coopersmith con el investigador a su lado para aclarar cualquier reactivo o palabra que no entendieran.

Para evaluar el Inventario aplicado de Coopersmith para niños se tienen 58 reactivos agrupados en diferentes escalas:

- 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 se realiza de la siguiente manera:

**SI** corresponde a 1 y **NO** corresponde a 0 en los reactivos:

2,4,5,9,10,11,13,14,16,18,19,20,21,23,24,27

28,29,32,34,35,36,41,45,47,48,52,55,57

**SI** corresponde a 0 y **NO** corresponde a 1 en los reactivos:

1,3,6,7,8,12,15,17,22,25,26,30,31,33,37

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 y dicho puntaje constituye la calificación final.

1. Muy inferior a lo normal	0-35
2. Inferior a lo normal	36-45
3. Ligeramente inferior a lo normal	46-57
4. Normal	58-81
5. Ligeramente superior a lo normal	82-92

### **Técnica para controlar las diferencias situacionales**

Aleatorio

### **Recursos materiales que se emplearan**

Lápiz

Copias

Bascula con altímetro

Calculadora



Computadora  
Inventario de Autoestima de Coopersmith  
Programa Office 2007

### **Financiamiento del proyecto**

Autofinanciable con recursos propios

### **Prueba de campo o ensayo que se empleara**

No necesaria

### **Consideraciones éticas aplicables al estudio**

#### **Declaración de Helsinki**

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica que involucre seres humanos. Adaptado a la 18a. Asamblea médico mundial, Helsinki, Finlandia, 1964 y revisado por la 29a. Asamblea médico mundial, Tokio 1975.

En la misión del médico velar por la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia deben de estar completamente dedicados a cumplir esta misión. La declaración de Génova de la asociación médica mundial une al médico con las palabras: "La salud de mi paciente será mi primera consideración".

Y el código internacional de Ética médica declara que: "cualquier acto o consejo que pudiera debilitar la resistencia física y mental de un ser humano debe ser usada únicamente en su propio beneficio". Los propósitos de la investigación biomédica que involucra seres humanos deben ser mejorar los

procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, y entender la etiología y patogénesis de la enfermedad.

### **Principios básicos**

La investigación biomédica que involucra seres humanos debe sujetarse a los principios científicos generalmente aceptados y deberá estar basada en experimentaciones adecuadas de laboratorio y animales, así como en el conocimiento experimental que involucre seres humanos deberá estar claramente formulado en un protocolo experimental, el cual será enviado a un comité independiente para su consideración, comentarios y guía. Se respetará la confidencialidad de las pacientes y no se realizara ningún procedimiento que ponga en peligro la vida de las pacientes.

## RESULTADOS

De acuerdo a la investigación obtuve los siguientes resultados, después de medir y pesar a 108 niños en el servicio de urgencias pediatría para obtener su índice de masa corporal y ubicarlos en su percentila de peso normal, sobrepeso y obesidad y aplicar los inventarios para medir autoestima de Coopersmith.

Se dividieron a los niños en 2 grupos, el primero era de los niños con peso normal y en el segundo grupo los niños con sobrepeso y obesidad (Grafica 10)

De acuerdo a género: Masculino n=54

Femenino n=54

De acuerdo a edad: 6 años n=11, 7 años n= 17, 8 años n= 19, 9 años n= 20

(Grafica 11) 10 años n= 16, 11 años n= 14, 12 años n= 11

De acuerdo a índice de masa corporal y percentila : Peso normal n= 34

(Grafica 1)

Sobrepeso y obesidad n= 74

Peso normal..... femenino n= 16 masculino n= 18 (Grafica 12 y 13)

Sobrepeso y obesidad..... femenino n=38 masculino n=36

De acuerdo a nivel de autoestima del inventario de Coopersmith en niños con peso normal (Grafica 1 y 2)

Muy inferior a lo normal.....	n= 0	0%
Inferior a lo normal.....	n= 3	9%
Ligeramente inferior a lo normal.....	n= 6	18%
Normal.....	n= 19	55%
Ligeramente superior a lo normal.....	n= 6	18%

De acuerdo a nivel de autoestima del inventario de Coopersmith en niños con sobrepeso y obesidad (Grafica 1 y 2)

Muy inferior a lo normal.....	n= 3	4%
Inferior a lo normal.....	n= 12	16%
Ligeramente inferior a lo normal.....	n=22	30%
Normal.....	n= 31	42%
Ligeramente superior a lo normal.....	n= 6	8%

En sexo masculino se observo de acuerdo a nivel de autoestima del inventario de Coopersmith (Grafica 3 y 5)

	Peso normal		Sobrepeso y obesidad	
Muy inferior a lo normal.....	n= 0	0%	n= 1	3%
Inferior a lo normal.....	n= 1	5%	n= 5	14%
Ligeramente inferior a lo normal.....	n= 2	11%	n= 10	28 %
Normal.....	n= 12	67%	n= 16	44%
Ligeramente superior a lo normal...	n= 3	17%	n= 4	11%

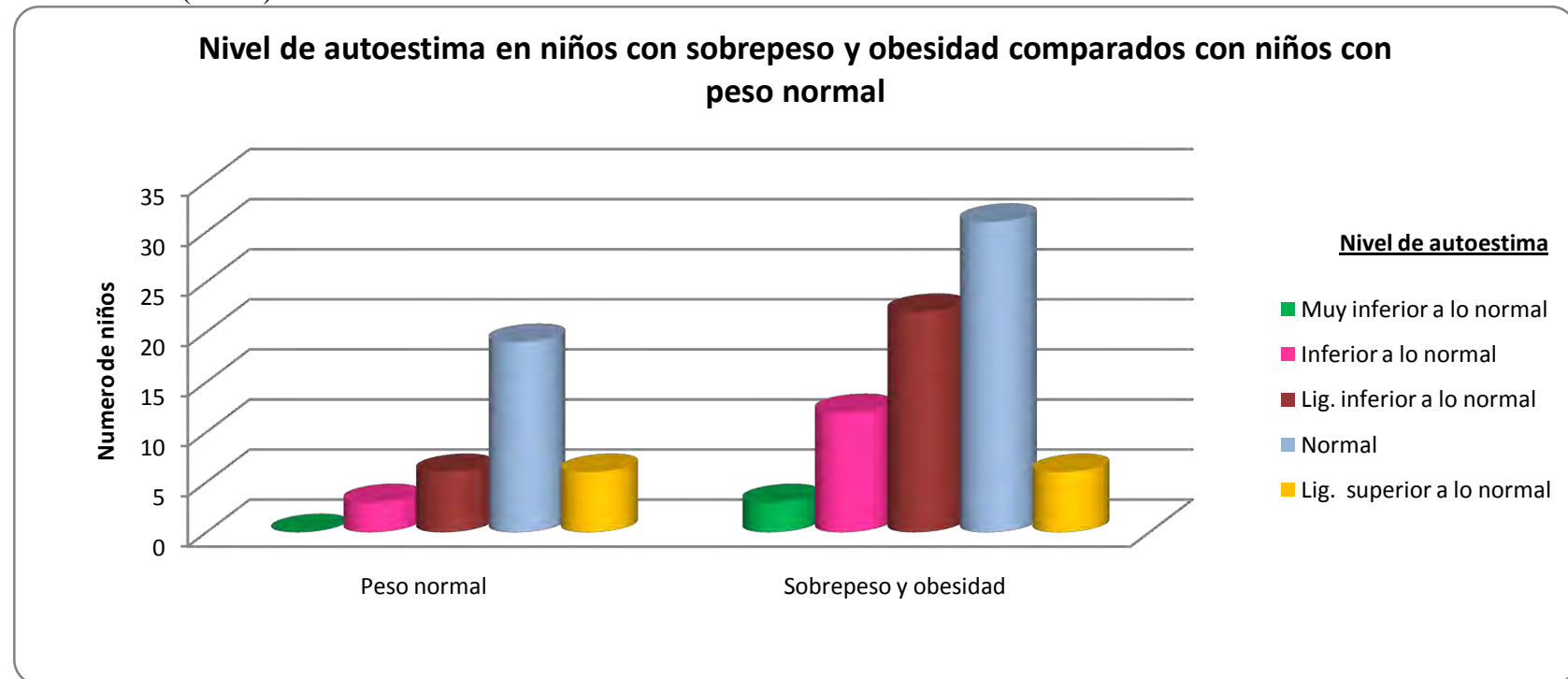
En sexo femenino se observo de acuerdo a nivel de autoestima del inventario de Coopersmith (Grafica 4 y 6)

	Peso normal		Sobrepeso y obesidad	
Muy inferior a lo normal.....	n= 0	0%	n= 2	5%
Inferior a lo normal .....	n= 2	12%	n= 7	19%
Ligeramente inferior a lo normal.....	n= 4	25%	n= 12	32 %
Normal.....	n= 7	44%	n= 15	39%
Ligeramente superior a lo normal ..	n= 3	19%	n= 2	5%

**TABLA 1 Nivel de autoestima en niños con sobrepeso y obesidad comparados con niños con peso normal**

	Muy inferior a lo normal		Inferior a lo normal		Lig. inferior a lo normal		Normal		Lig. superior a lo normal		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Peso normal	0	0%	3	9%	6	18%	19	55%	6	18%	34	100%
Sobrepeso y obesidad	3	4%	12	16%	22	30%	31	42%	6	8%	74	100%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>	<b>15</b>	<b>14%</b>	<b>28</b>	<b>26%</b>	<b>50</b>	<b>46%</b>	<b>12</b>	<b>11%</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

GRAFICA 1 (tabla1)



**TABLA 1 Nivel de autoestima en niños con sobrepeso y obesidad comparados con niños con peso normal**

	Muy inferior a lo normal		Inferior a lo normal		Lig. inferior a lo normal		Normal		Lig. superior a lo normal		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Peso normal	0	0%	3	9%	6	18%	19	55%	6	18%	34	100%
Sobrepeso y obesidad	3	4%	12	16%	22	30%	31	42%	6	8%	74	100%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>	<b>15</b>	<b>14%</b>	<b>28</b>	<b>26%</b>	<b>50</b>	<b>46%</b>	<b>12</b>	<b>11%</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

GRAFICA 2 (Tabla 1)

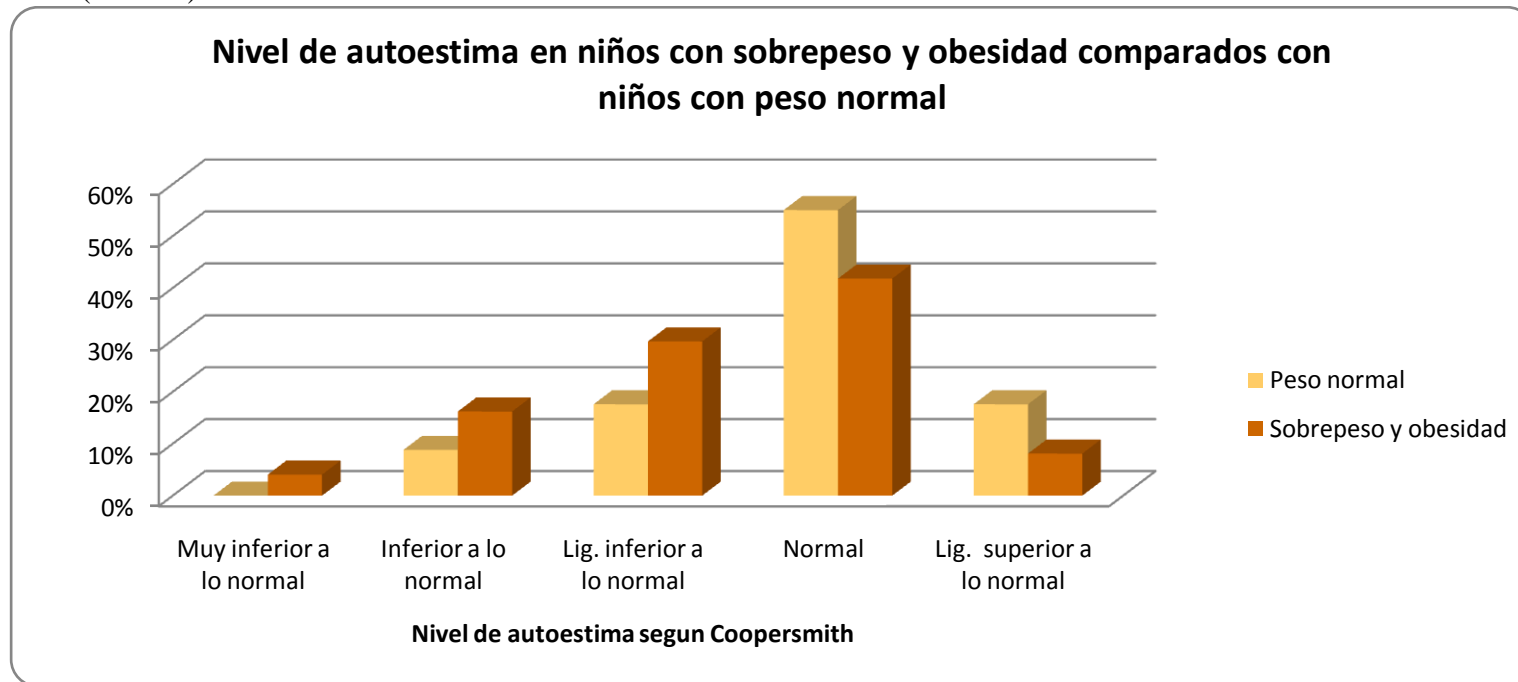


Tabla 2 **En sexo masculino y femenino nivel de autoestima en niños con sobrepeso y obesidad y niños con peso normal**

	Muy inferior a lo normal		Inferior a lo normal		Lig. inferior a lo normal		Normal		Lig. superior a lo normal		Total	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Peso normal	0	0	2	1	4	2	7	12	3	3	16	18
Sobrepeso y obesidad	2	1	7	5	12	10	15	16	2	4	38	36
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>54</b>	<b>54</b>

Grafica 3 (tabla 2)

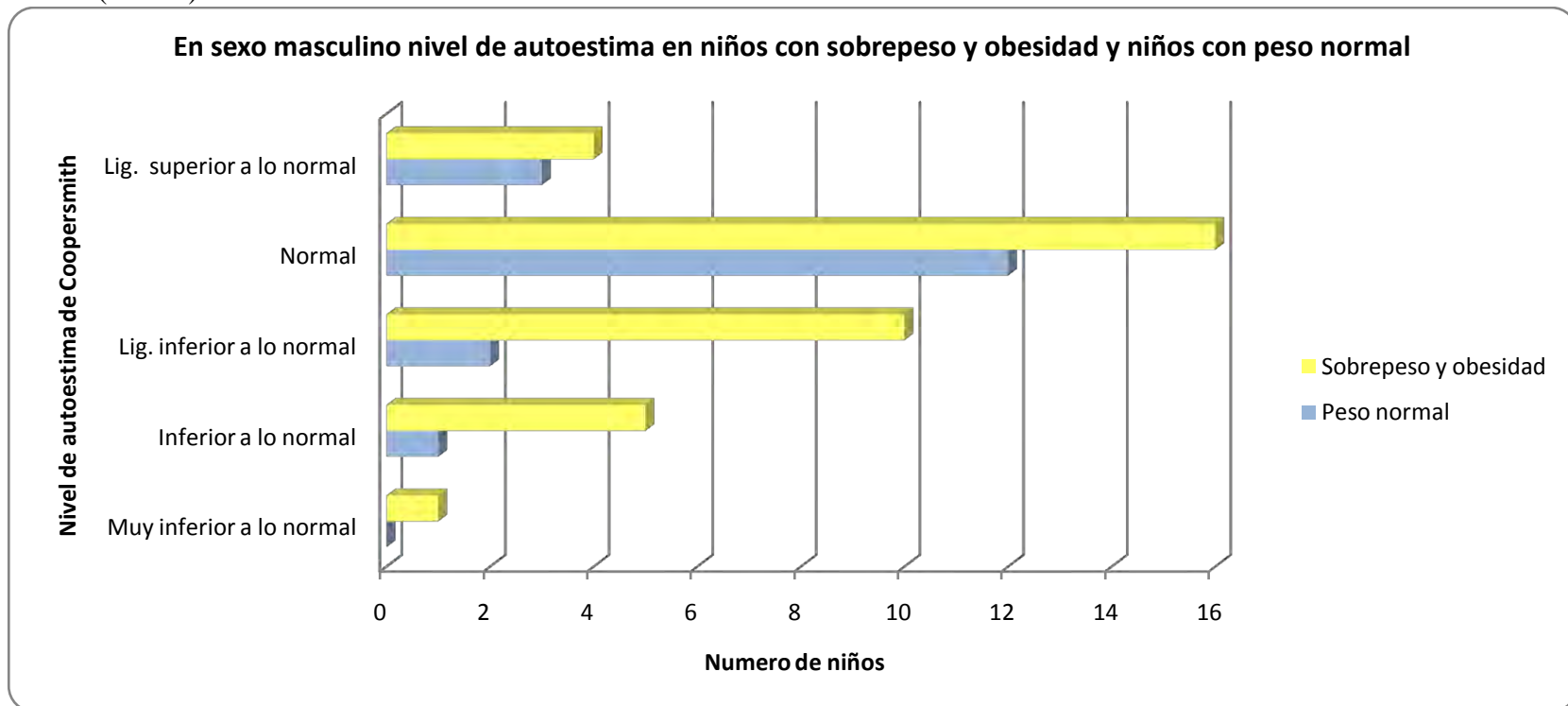
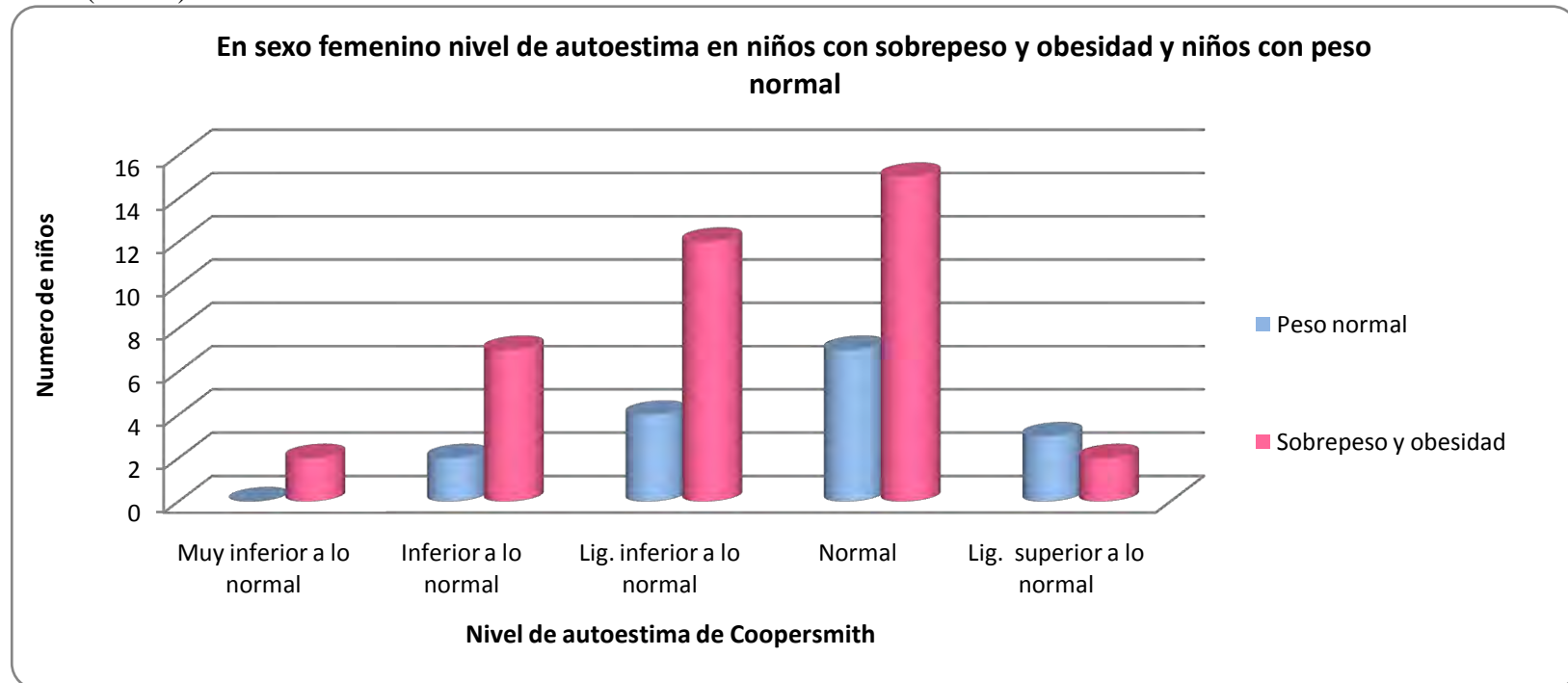


Tabla 2 **En sexo masculino y femenino nivel de autoestima en niños con sobrepeso y obesidad y niños con peso normal**

	Muy inferior a lo normal		Inferior a lo normal		Lig. inferior a lo normal		Normal		Lig. superior a lo normal		Total	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Peso normal	0	0	2	1	4	2	7	12	3	3	16	18
Sobrepeso y obesidad	2	1	7	5	12	10	15	16	2	4	38	36
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>54</b>	<b>54</b>

Grafica 4 (tabla 2)

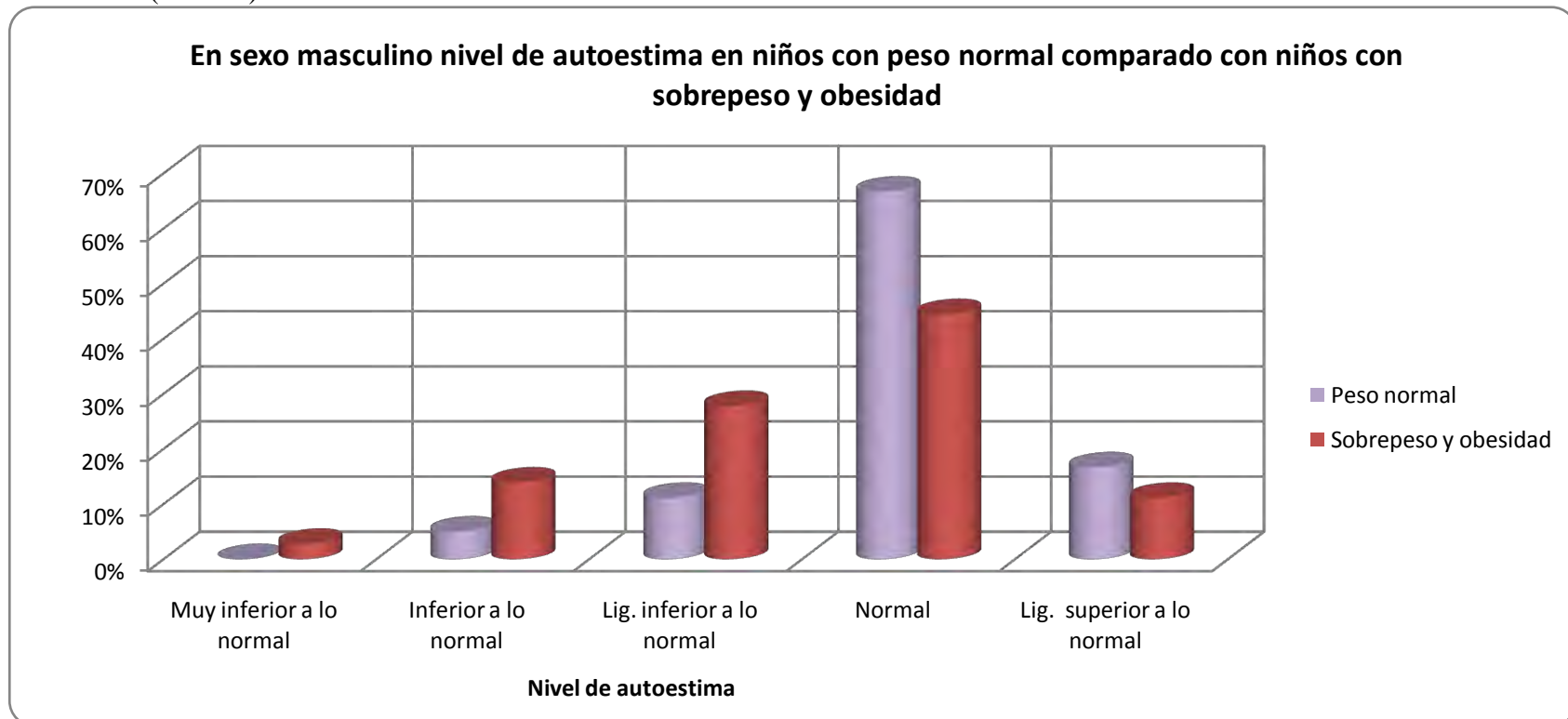




**TABLA 3 En sexo masculino nivel de autoestima en niños con peso normal comparado con niños con sobrepeso y obesidad**

	Muy inferior a lo normal		Inferior a lo normal		Lig. inferior a lo normal		Normal		Lig. superior a lo normal		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Peso normal	0	0%	1	5%	2	11%	12	67%	3	17%	18	100%
Sobrepeso y obesidad	1	3%	5	14%	10	28%	16	44%	4	11%	36	100%

GRAFICA 5 (Tabla 3)



**TABLA 4 En sexo femenino nivel de autoestima en niños con peso normal comparado con niños con sobrepeso y obesidad**

	Muy inferior a lo normal		Inferior a lo normal		Lig. inferior a lo normal		Normal		Lig. superior a lo normal		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Peso normal	0	0%	2	12%	4	25%	7	44%	3	19%	16	100%
Sobrepeso y obesidad	2	5%	7	19%	12	32%	15	39%	2	5%	38	100%

GRAFICA 6 (Tabla 4)

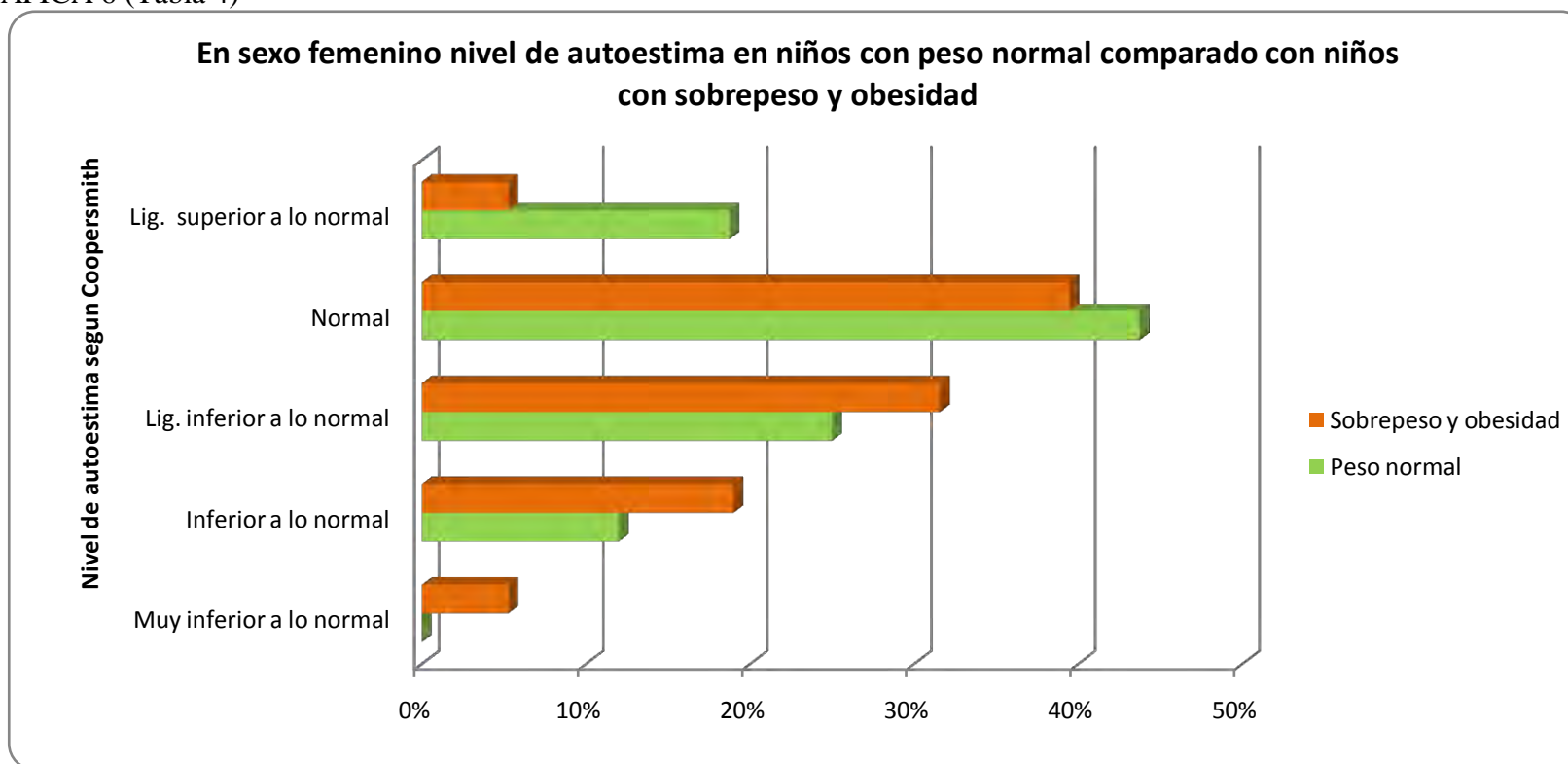
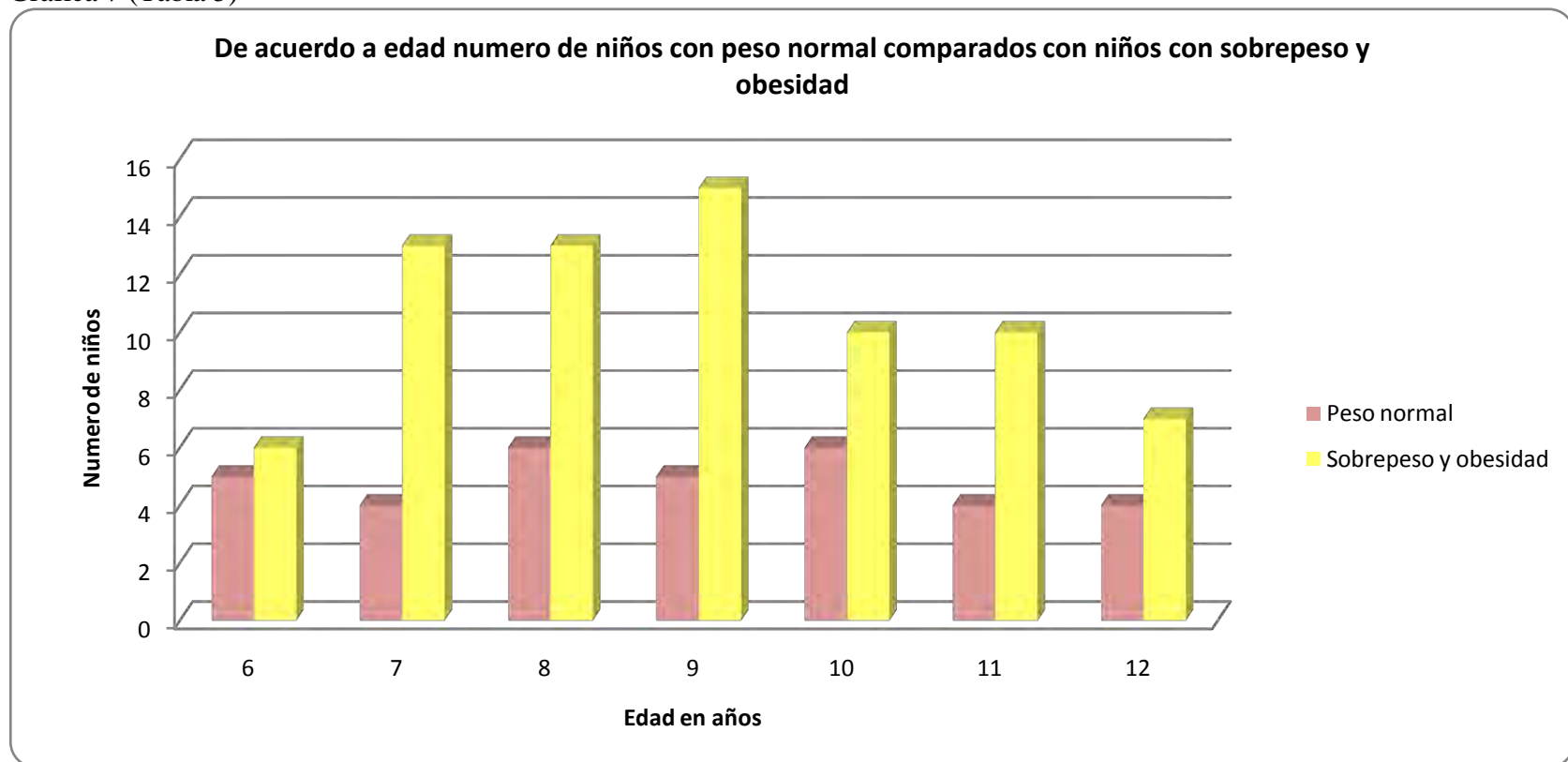


Tabla 5 De acuerdo a edad número de niños con peso normal comparados con niños con sobrepeso y obesidad

IMC	Edad en años	6	7	8	9	10	11	12	Total
<b>Peso normal</b>		5	4	6	5	6	4	4	34
<b>Sobrepeso y obesidad</b>		6	13	13	15	10	10	7	74
<b>Total</b>		<b>11</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>108</b>

Grafica 7 (Tabla 5)



**Tabla 6 En sexo masculino y femenino número de niños con peso normal, comparado con niños con sobrepeso y obesidad por edad**

Edad en años	6		7		8		9		10		11		12		TOTAL	
	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
Peso normal	3	2	0	4	4	2	3	3	3	3	3	1	0	3	16	18
Sobrepeso y obesidad	3	3	7	6	7	6	6	8	5	5	5	5	5	3	38	36
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>54</b>	<b>54</b>

Grafica 8 (Tabla 6)

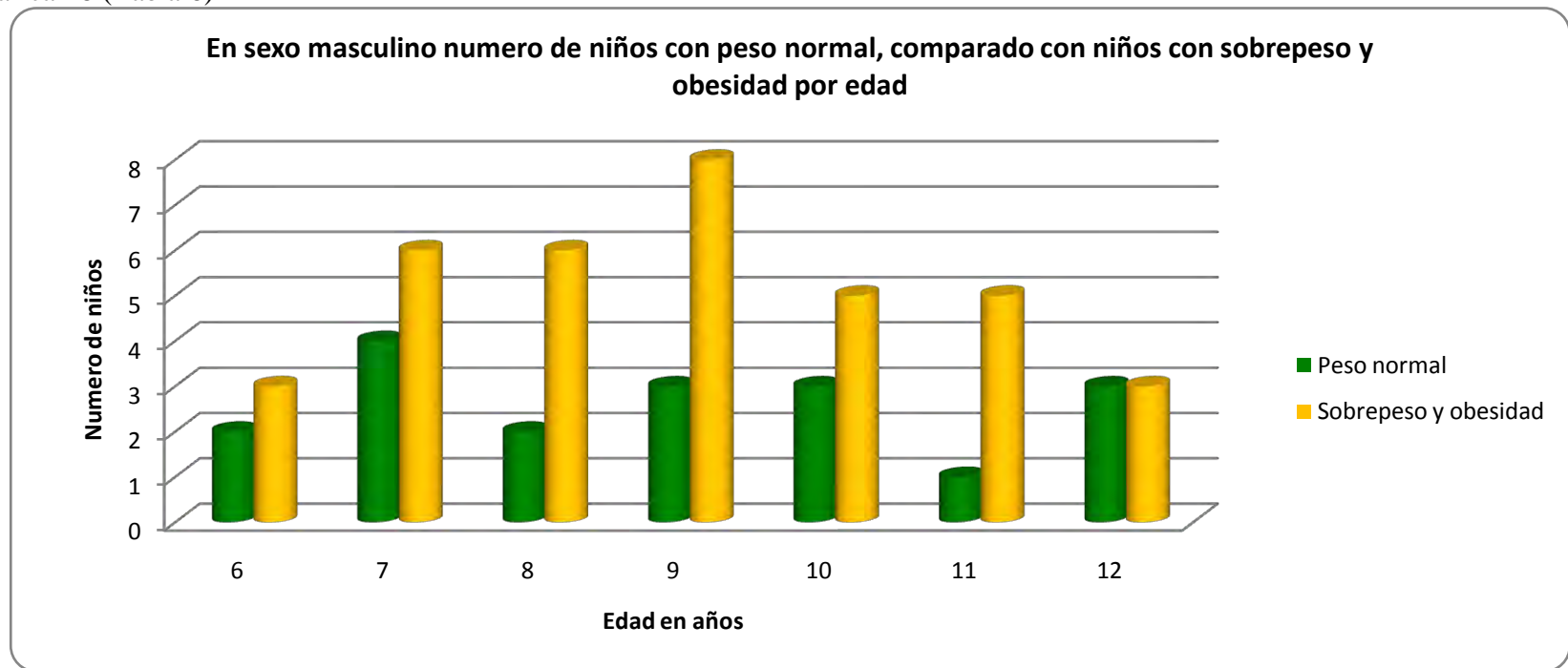
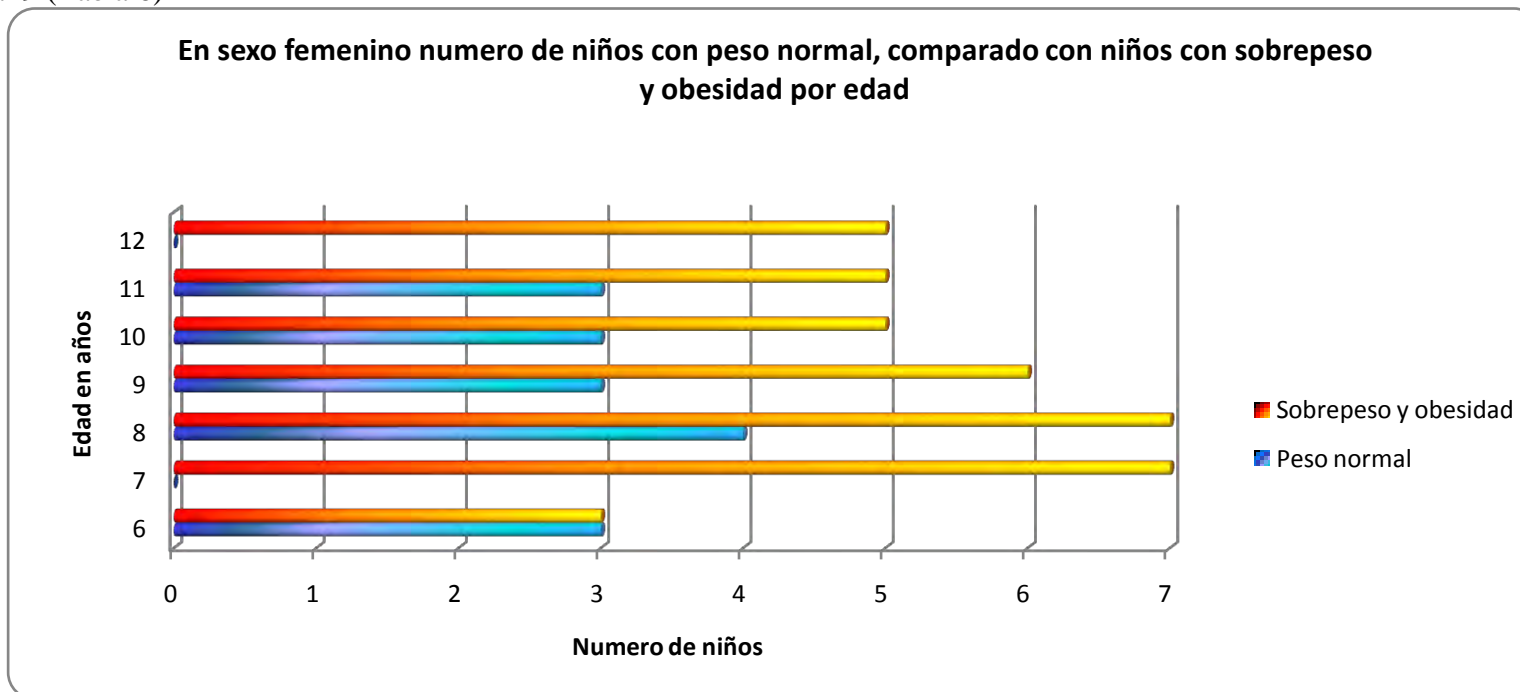


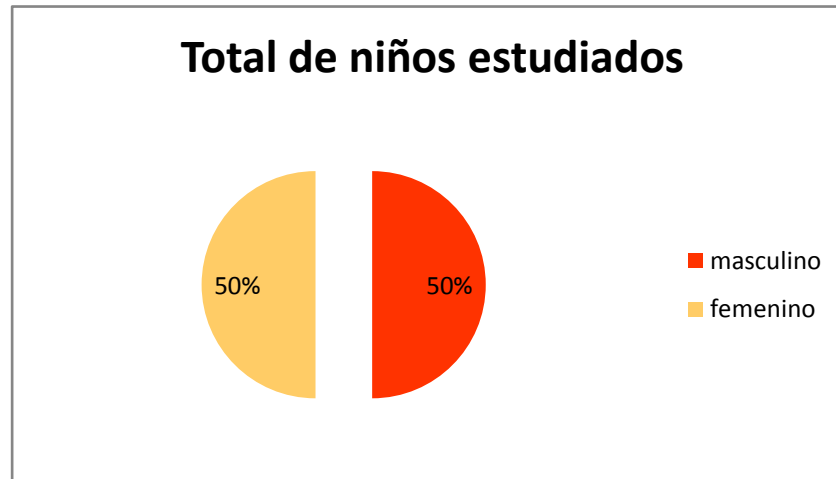
Tabla 6 **En sexo masculino y femenino número de niños con peso normal, comparado con niños con sobrepeso y obesidad por edad**

Edad en años	6		7		8		9		10		11		12		TOTAL	
IMC	Sexo		Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
Peso normal	3	2	0	4	4	2	3	3	3	3	3	1	0	3	16	18
Sobrepeso y obesidad	3	3	7	6	7	6	6	8	5	5	5	5	5	3	38	36
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>54</b>	<b>54</b>

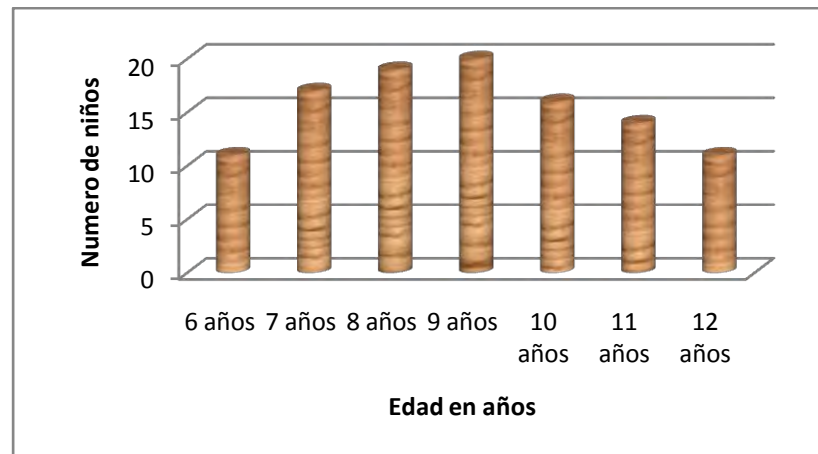
Grafica 9 (Tabla 6)



Grafica 10

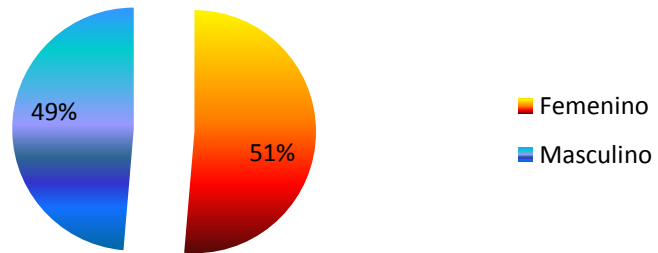


Grafica 11



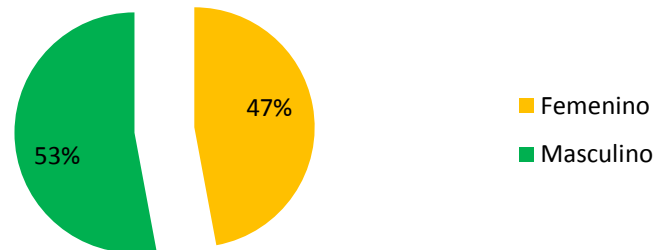
Grafica 12

### Niños con obesidad y sobrepeso



Grafica 13

### Niños con peso normal



## **Discusión de resultados**

De lo expuesto anteriormente tenemos que se estudiaron al mismo número de niños del sexo femenino como del masculino.

De los 108 niños que fueron percentilados, se realizaron 2 grupos; el de niños con peso normal en el que estaban 34 niños y el grupo de niños con obesidad y sobrepeso donde estaban 74 niños.

De los dos grupos de estudio que se realizaron para aplicarles el inventario de autoestima de Coopersmith, se observó que en el grupo de niños de peso normal la mayoría obtuvo un nivel de autoestima normal o ligeramente superior a lo normal y únicamente el 9 % (3) con un nivel de autoestima inferior a lo normal. A diferencia de los niños del grupo de sobrepeso y obesidad donde encontramos que el 42% (31) tuvo una autoestima normal, mientras que el 30% (22) ligeramente inferior a lo normal y el 16% (12) inferior a lo normal.

Los resultados obtenidos en el estudio se estableció que en el sexo masculino para peso normal ningún niño tuvo nivel de autoestima muy inferior a lo normal, y solo 1 (5%) con autoestima inferior a lo normal, mientras que en los niños con sobrepeso y obesidad 1 (3%) con autoestima muy inferior a lo normal y 5 (14%) inferior a lo normal.



En el sexo femenino para peso normal ninguna niña tuvo nivel de autoestima muy inferior a lo normal, y solo 2 niñas (12%) con autoestima inferior a lo normal, en el grupo de niñas con sobrepeso y obesidad 2 niñas (5%) con autoestima muy inferior a lo normal y solo 7 (19%) con autoestima inferior a lo normal.

Se aplicó el método estadístico de  $X^2$  en que se obtuvo que  $P < 0.05$  con un grado de libertad de 4. Por lo tanto se concluye que este estudio es significativamente estadístico.

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

Durante la realización del estudio, de las acciones más difíciles de realizar fue el encontrar el grupo de niños que entrarán en la percentila de peso normal, ya que la mayoría de los niños que acudían al servicio tenían obesidad o sobrepeso, como se menciona en las últimas encuestas nacionales, donde se observó que este padecimiento está en aumento y está causando serias repercusiones a la salud de orden psicológico y biológico.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos muestran que concuerdan con los esperados de acuerdo a la bibliografía, ya que se encontró que los niños que pertenecían al grupo de obesidad y sobrepeso obtuvieron un menor grado de autoestima comparado con los niños de peso normal que en su mayoría tuvieron autoestima normal o superior a lo normal.

En los niños a los que se les aplicó el inventario de Coopersmith que tenía sobrepeso y obesidad se observó que 3 presentaron un nivel muy inferior a lo normal que es el más bajo de la escala, contrario con los niños de peso normal que ninguno tuvo esta puntuación.

Esto va de acuerdo con lo que menciona Coopersmith que las personas con autoestima baja poseen un sentimiento de vulnerabilidad y temen no reaccionar de acuerdo con lo esperado, lo cual las lleva a vivir, las dificultades intensamente; se relaciona que la obesidad o exceso de peso afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conlleva a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima.

También se encontró que en el sexo femenino se presentaron más niñas con autoestima ligeramente inferior a lo normal, principalmente en las edades entre 8 y 9 años. Y en el sexo masculino la mayoría con autoestima normal, como lo menciona la bibliografía donde la apariencia física se convierte en un aspecto central de la autoestima, sobre todo durante la adolescencia inicial y especialmente para las niñas.

## **CONCLUSIONES**

La obesidad y sobrepeso es un problema actual muy importante en nuestra sociedad pues cada día estamos observando más pacientes y familias enteras que cursan con estas patologías, es importante el iniciar a crear conciencia entre la población para tener mejores hábitos alimenticios y actividad física para prevenir la obesidad y sus consecuencias.

En este estudio se observó que los niños que cursan con obesidad y sobrepeso tienen un nivel de autoestima ligeramente inferior a lo normal esperado, por lo que es importante mejorar estas situaciones y ayudar a los futuros adultos y personas productivas del país a tener mejor calidad de vida tanto física como mentalmente.

En nuestra práctica diaria como médicos familiares podemos iniciar con medidas preventivas para evitar la obesidad en niños, orientando a los padres, realizando un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para evitar las complicaciones que conllevan el tener una vida desde la infancia con obesidad y sobrepeso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Flores HS, Pérez CR, Garduño EJ, Reyes MH, Rodríguez OE, Muñoz HO . Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. II. Problemas emergentes: sobrepeso y Obesidad. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 64, noviembre-diciembre 2007
  - a) Standing Committee on nutrition. Overweight and obesity a new nutrition emergency. United Nations; 2005
2. Bacardí GM, Jiménez CA, Jones E, Guzmán GV. Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 64, noviembre-diciembre 2007
  - a) Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. JAMA. 2002; 288: 1728-32.
3. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 74, Núm. 3 • May.-Jun. 2007 . pp 101-105. Obesidad en niños atendidos en una institución de seguridad social.
  - a) Lobstein L, Baur L, Uauy R. *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. IASO International Obesity Task Force. Obesity reviews 2004; 5: 4-85.
4. Del Río NBF, Velásquez MO, Sánchez CC, Lara EA, Berber A, Fanghänel G et al. The Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Working Group. The high prevalence of overweight and obesity in mexican children. *Obesity Res* 2004; 12: 215, 223.
5. Barros FAA. Obesity: a puzzling disorder. *Journal Pediatr* (Rio J) 2004 80: 1-3.
6. Diana del Rocio DiasEncinas. Dulce Rocío EnríquezSandoval. Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2007; 24(1): 2226
  - a) Hernández B, Peterson K, Sobol A, Rivera J, Sepúlveda J, Lezana MA. Sobrepeso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 5 años en México. Salud Pública de México. 1996 Vol. 38(3) 17887.
7. Villa A, Escobedo M, Méndez N. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gaceta Médica de México. 2004. Vol. 140(2).
8. Rivera DJ, Cuevas NL, Shamah LT, Villalpando HS, Avila AM, Jiménez AA. Estado Nutricio. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006 Vol. 84.
9. Zametkin JA, Zoon KC, Klein WH, Munson BS. Psychiatric Aspects of Child and Adolescent Obesity: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004. Vol. 43(2) 13450
10. Miller J, Gold SM, Silverstein J. Pediatric overeating and obesity: An epidemic. Psychiatric Annals. 2003. Vol. 33(2) 94.
  - a) Agras WS, Hammer LD, Mcnicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. The Journal of Pediatrics. 2004. Vol. 145(1) 20-5
11. Garduño EJ, Morales CG, Martínez VS, Contreras HI, Flores HS, Granados GV, Rodríguez OE, Muñoz HO. Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. II. Problemas emergentes: sobrepeso y obesidad. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 65, enero-febrero 2008
  - a) Flores-Huerta S, Rendón-Macías NE, Acosta-Cázares B, Gutiérrez-Trujillo G. ENCOPREVENIMSS 2003, 2004 y 2005. Prevalencia de peso bajo, sobrepeso, obesidad general y obesidad central, 2003. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 Supl 1: S55-S62.

b) 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, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.

12. Rivera JA, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 113-22.

a) Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, González-Cossio T, Hernández-Prado B, Sepúlveda J. Encuesta nacional de nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2001.

13. Del Río-Navarro BE, Velázquez-Monroy O, Sánchez- Castillo CP, Lara-Esqueda A, Berber A, Fanghanel G, et al. The high prevalence of overweight and obesity in Mexican children. *Obesity Res.* 2004; 12: 215-23

14. Davis SM, Clay T, Smyth M, Gittelsohn J, Arviso V, Flint WH, Holy BH, Brice RA, Metcalfe L, Stewart D, Vu M, Stone EJ. Pathways Prevention of Obesity in American Indian Schoolchildren *Preventive Medicine.* 2003. Vol. 37(1) 2434.

a) Kovalskys I, Bayl, Rausch HC, Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Revista Chilena de Pediatría.* 2005. Vol. 76(3).

b) Pisabarro R, Recalde A, Irrazábal E, Chaftare Y. Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos. *Revista Medica del Uruguay.* 2002. Vol. 18(3).

15. Wyatt S, Winters K, Dubbert P. Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *The American Journal of the Medical Sciences.* 2006. Vol. 331(4) 16674.

16. Gidding SS, Bao W, Srinivasan SR, Berenson GS. Effects of secular trends in obesity on coronary risk factors in children: the Bogalusa Heart Study. *J Pediatr.* 1995; 127: 868-74.

a) Urrutia-Rojas X, Egbuchunam CU, BAe S, Menchaca J, Bayona M, Rivers PA, et al. High blood pressure in school children: prevalence and risk factors. *BMC Pediatría.* 2006; 6: 32.

b) Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med.* 1993; 22: 167-77.

c) Dietz WH. Health consequences of overweight in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics.* 1998; 101: 518-25

17. Diana del Rocio Dias Encinas. Dulce Rocio Enríquez Sandoval. Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2007; 24(1): 2226

18. World Health Organization, Expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO technical report series 854; 1995.

a) WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of linear growth differences among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Pædiatr.* 2006; Supl 450: 1

19. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000; 320: 1240-3.

a) Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Mei Z, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: Methods and development. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat.* 2002; 11: 246.

20. Flores-Huerta S, Klunder MK. Waist circumference (WC) and body mass index (BMI) as predictors of blood pressure hypertension (BPH) in children and adolescents in Mexico City. Athens Greece: 25th International Congress of Pediatrics; 2007.

a) Fernández JR, Redden DT, Pitrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr.* 2004; 145: 439-44.

b) Gómez-Díaz RA, Martínez-Hernández AJ, Aguilar-Salinas CA, Violante R, López-Alarcón M, Jiménez-Villarruel M, et al. Percentile distribution of the waist circumference among Mexican pre-adolescents of a primary school in Mexico City. *Diabetes Obes Metab.* 2005; 7: 716-21

21. *Bustamante A. et al.* Efectos de la actividad física y del nivel socioeconómico en el sobrepeso y obesidad de escolares, lima este 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2007; 24(2): 121-28

a) Fernandez T, Gallo P, Advíncula A. Anthropometric assessment in preschool children in Mogi-Guaçu, State of São Paulo: a support for public health policies. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2006; 6(2): 217-22.

b) Uscátegui R, Pérez J, Aristizábal J, Camacho J. Exceso de peso y su relación con presión arterial alta en escolares y adolescentes de Medellín, Colombia. *ALAN.* 2003; 53(4): 376-82

22. Cristina Giménez Ferrer, Marisol Cortés Miranda, Paola Loeza Vargas. *Confiabilidad y validación con niños mexicanos de dos instrumentos que miden la autoestima.* *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003

a) HARTER S: *The Construction of the Self.* The Guilford Press, Nueva York, 1999

23. CASSIDY J: Theoretical and methodological considerations in the study of attachment. En: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds.) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention.* The University of Chicago Press, Chicago, 1990. COOPERSMITH S: *The Antecedents of Self-esteem.* Freeman, San Francisco, 1967.

a) DAVIS-KEAN PE, SANDLER HM: A meta-analysis of measures of self-esteem for young children: A framework for future measures. *Child Development*, 72(3):887-906, 2001, MAY R: *The Discovery of Being.* Norton, Nueva York, 1983.

b) PIAGET J: *The Child's Construction of Reality.* Routledge & Kegan Paul, Londres, 1955.

c) ROGERS C: *Psicoterapia Centrada en el Cliente.* Paidós, Buenos Aires, 1975

24. BOWLBY J: Attachment and loss. En: *Loss, Sadness, and Depression*, Vol.3. Basic Books, Nueva York, 1980. STERN D: *The Interpersonal World of the Infant.* Basic Books, Nueva York, 1985.

a) SULLIVAN H: *The Interpersonal Theory or Psychiatry.* Norton, Nueva York, 1953

25. CASSIDY J: Theoretical and methodological considerations in the study of attachment. En: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds.) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention.* The University of Chicago Press, Chicago, 1990

26. La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar

27. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación

28. Norma oficial mexicana nom-008-ssa2-1993, control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
29. Tablas de percentilas de la CDC del 2000, para niños y niñas en cuanto a IMC. Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000). FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>
30. Verduzco A, Lara-Cantú A: La autoestima en niños con trastornos de atención. *Salud Publica Mex* 31: 779-787, 1989
31. Verduzco A, Lara Cantú A, Acevedo MC, Cortés J: Validación del Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños Mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 7: 2; 55-64, 1994.
32. Coopersmith S: The Antecedents of selft –esteem. Consulting Psychologist Press, Inc, Palo Alto 1981
33. Millon T. Trastornos de la personalidad. Mas Allá del DSM. Masson Barcelona 1998.
34. Fierro A, Cardenal V: dimensiones de la personalidad y satisfacción personal. *Revista Psicológica General aplicada*, 49:65-83 1993
35. Block y Robins, 1993; Bolognini. *et ai* 1996; Chubb. Fertman y Ross, 1997
36. Recomendaciones de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica, A.C. para el Tratamiento de Obesidad en Niños y Adolescentes *Acta Pediatr Mex* 2006;27(5):279-88

# ANEXO 1

## INVENTARIO DE COOPERSMITH

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Por favor marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (X) abajo de SI en la misma línea.

Si la oración NO dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (X) debajo de NO en la misma línea.

Ejemplo:

	SI	NO
Soy muy trabajador	X	
SI ERES MUY TRABAJADOR MARCA SI	X	
SI NO ERES MUY TRABAADOR MARCA NO		X

\*No hay respuestas buenas ni malas.

		SI	NO
1.	Me gusta mucho soñar despierto		
2.	Me siento muy seguro de mi mismo		
3.	Muchas veces me gustaría ser otra persona		
4.	Le caigo bien a la gente		
5.	Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos		
6.	Soy despreocupado		
7.	Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase		
8.	Me gustaría ser más chico		
9.	Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mi		
10.	Puedo escoger fácilmente lo que quiero		
11.	Soy simpático		
12.	En casa me enojo fácilmente		
13.	Siempre hago lo que está bien		
14.	Me gusta como hago el trabajo de la escuela		
15.	Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer		
16.	Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo		
17.	Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago		
18.	Casi todos mis compañeros me escogen		



	para jugar		
19.	A mis papás les importa mucho lo que yo siento		
20.	Siempre estoy contento		
21.	Hago mi trabajo lo mejor que puedo		
22.	Me doy fácilmente por vencido		
23.	Generalmente me cuido solo		
24.	Soy muy feliz		
25.	Prefiero jugar con niños más chicos que yo		
26.	Mis padres me piden que haga más de lo que puedo		
27.	Me cae bien toda la gente que conozco		
28.	Me gusta que me pregunten la clase		
29.	Yo entiendo como soy		
30.	Odio como soy		
31.	Mi vida es muy difícil		
32.	Mis compañeros casi siempre hacen lo que les digo		
33.	En mi casa me ignoran		
34.	Me regañan muy poco		
35.	Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela		
36.	Cuando escojo hacer algo, lo hago		
37.	Me disgusta ser hombre (mujer)		
38.	Me choca mi manera de ser		
39.	Me choca estar con otras personas		
40.	Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
41.	Pocas veces me da vergüenza		
42.	Me disgusta la escuela		
43.	Muchas veces me avergüenzo de mi		
44.	Soy más fe@ que los demás		
45.	Siempre digo lo que quiero		
46.	A los niños les gusta molestarte		
47.	Mis padres me comprenden		
48.	Siempre digo la verdad		
49.	Mi maestro me hace sentir que soy inútil		
50.	Me da igual lo que me pase		
51.	Todo lo hago mal		
52.	Me molesta mucho que me regañen		
53.	A los demás los quieren más que a mi		
54.	Mis padres son muy exigentes		
55.	Siempre sé que contestarle a la gente		
56.	Me aburre la escuela		
57.	Los problemas me afectan muy poco		
58.	Quedo mal cuando me encargan algo		

# ANEXO 2

		2008-2009																																			
MES		DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO							
ACTIVIDADES POR SEMANA		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Diseño de protocolo			■	■																																
2	Investigación bibliográfica			■	■	■	■	■																													
3	Recolección de la información teórica			■	■	■	■	■	■																												
4	Redacción de protocolo					■	■	■	■	■	■																										
5	Presentación de protocolo a asesor											■	■	■																							
6	Correcciones de protocolo													■	■	■	■																				
7	Aprobación del protocolo por el Comité Local de Investigación															■	■	■																			
8	Recolección de datos																	■	■	■	■	■	■														
9	Análisis estadístico de la información																					■	■	■	■												
10	Elaboración de conclusiones																							■	■	■											
11	Integración de Tesis (elaboración de informe final)																									■	■	■									
12	Presentación de trabajo de Investigación																																	■	■		





## ANEXO 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION 3 SUR DEL D.F.

### “Autoestima en niños con obesidad y sobrepeso en comparación con niños con peso normal del HGZ/UMF 8”

#### CUESTIONARIO.

No. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ kg

Talla \_\_\_\_\_ m

IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Percentila \_\_\_\_\_

Normal ( ) Sobrepeso ( ) Obesidad( )



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

Lugar y fecha **HGZ /UMF 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO DE ENERO A MAYO DEL 2009**

**HIJO / HIJA**

Por medio de la presente autorizo que mi  **AUTOESTIMA EN NIÑOS CON OBESIDAD Y SOBREPESO EN**  
participe en el protocolo de investigación titulado: **COMPARACIÓN CON NIÑOS CON PESO NORMAL EN HGZ / UMF 8**  
**"GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es **DETERMINAR EL GRADO DE AUTOESTIMA DE LOS NIÑOS**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en **RESPONDER EL CUESTIONARIO**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:  
**NO HAY RIESGOS Y LA PARTICIPACION AYUDARA A DETERMINAR CUAL ES EL GRADO DE AUTOESTIMA QUE TIENEN LOS NIÑOS Y VALORARA MEDIDAS PARA MEJORARLA**

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

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

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

**DR FERNANDO CRUZ CASTILLO**  
**99373419**

**DR. JOSE ANTONIO MIRANDA CARDENAS**  
**6564186**

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

**Clave**

## ANEXO 7 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Sujeto	Edad	Peso	Talla	IMC	Percentila			Nivel de Autoestima				
					Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	Muy inferior a lo normal	Inferior a lo normal	Lig. inferior a lo normal	Normal	Lig. superior a lo normal
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												