



SECRETARÍA DE SALUD

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

SEDE TEAPA, TABASCO

TITULO

**OBESIDAD Y LA BAJA AUTOESTIMA EN LAS MUJERES DE VICENTE
GUERRERO DEL MUNICIPIO DE TEAPA TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. GUIOMAR DE JESUS CRUZ MARTIN

TEAPA, TABASCO

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**OBESIDAD Y LA BAJA AUTOESTIMA EN LAS MUJERES DE VICENTE
GUERRERO DEL MUNICIPIO DE TEAPA TABASCO**

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

PRESENTA

DRA. GUIOMAR DE JESUS CRUZ MARTIN

AUTORIZACIONES

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**Q.F.B. SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

**OBESIDAD Y LA BAJA AUTOESTIMA EN LAS MUJERES DE VICENTE
GUERRERO DEL MUNICIPIO DE TEAPA TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. GUIOMAR DE JESUS CRUZ MARTIN

AUTORIZACIONES

**DR. BLADIMIR MORALES ARIAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN SEDE TEAPA, TABASCO**

**DR. MIGUEL PABLO GARCIA
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS**

**OBESIDAD Y LA BAJA AUTOESTIMA EN LAS MUJERES DE VICENTE
GUERRERO DEL MUNICIPIO DE TEAPA TABASCO**

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

PRESENTA

DRA. GUIOMAR DE JESUS CRUZ MARTIN

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	0
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	16
GENERAL	16
ESPECIFICO.....	16
MATERIAL Y MÉTODO.....	17
DISEÑO DEL ESTUDIO	17
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
VARIABLE INDEPENDIENTE	18
CONSIDERACIONES ETICAS.....	20
CONSENTIMIENTO INFORMADO	22
OBTENCION DE LA INFORMACION.....	23
ANALISIS Y PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LA ELABORACION	24
RESULTADOS:	24
CONCLUSION.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	36

ANTECEDENTES

De acuerdo a la Norma Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la Obesidad, ésta es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos socioculturales y psicológicos¹.

La Obesidad es uno de los principales problemas nutricionales de Salud Pública que ha ido creciendo a pasos agigantados no sólo en los países industrializados, sino también en los países en desarrollo, cuya etiología incluye factores genéticos y de estilo de vida (dieta y actividad física).

Y se trata de un problema de Salud Pública de gran magnitud porque que tiene ya implicaciones económicas y sociales mucho más grandes que las sospechadas pero se espera que en el futuro el impacto en la salud del mexicano sea mayor; y que el costo económico que implica una enfermedad como ésta, ocupe una gran proporción de los recursos dedicados a las campañas de salud.

Este fenómeno se acentúa permanentemente y países que mostraban cifras de prevalencia de obesidad relativamente bajas, exhiben ahora la misma tendencia de aumento epidémico de esa prevalencia. Es notable también la observación de que en países en vías de desarrollo de economías emergentes se ha presentado también esta epidemia de Obesidad, alcanzando en muchos una frecuencia superior a la Desnutrición y constituyéndose entonces, según el enfoque, en la principal enfermedad nutricional en esos lugares. En estos países o regiones la obesidad es una enfermedad de la pobreza, paralelamente

aparece la figura del gordo pobre en contraposición al gordo rico, dos tipos de enfermos muy diferentes.

Estas características se aplican muy estrechamente a América Latina, donde la pobreza efectivamente coincide con índices crecientes de Obesidad y donde es dominante la presencia del obeso pobre.

Otro hecho que se agrega es el del retardo de crecimiento estatural que generalmente se asocia en poblaciones mestizas con exceso de peso. Esta Obesidad en personas de baja estatura se asocia posteriormente con Diabetes Mellitus tipo 2 y otros trastornos metabólicos.

A partir de la primera mitad del siglo XX, han sucedido una serie de transiciones en el país. Antes, la población rural del país era del 75 al 80% del total y la urbana era solo del 20 al 25%. Para la mitad del siglo XX esta situación se había invertido y cuando mucho el 20% de los habitantes del país aún vivían en zonas rurales (transición demográfica). La urbanización conlleva a cambios en el estilo de vida (transición del estilo de vida), sobre todo en dos grandes variantes: la primera es la sedentarización de las actividades humanas, Principalmente debido a la transportación mecanizada, cine, televisión, computación, juegos de video, escuelas sin instalaciones para llevar a cabo actividades deportivas, la inseguridad en las ciudades, entre otros. La segunda es en el patrón de alimentación (transición nutricia), con una mayor oferta de alimentos que contienen grandes cantidades de densidad calórica, además del desplazamiento de los platillos tradicionales mexicanos y la nueva industria alimentaria que ha logrado que las personas se guíen más por sus sentidos que por sus necesidades. Aunque la obesidad puede ser el resultado de la deficiencia de un gene definitivo involucrado en la regulación del balance energético (leptina) y a pesar de esta sólida evidencia, la epidemiología de la Obesidad está dada fundamentalmente por el estilo de vida, la sustitución de los padecimientos infecciosos como causas de muerte por los problemas

crónicos degenerativos (transición epidemiológica), está íntimamente relacionada con la emergencia de la Obesidad en el perfil de salud de la población mexicana, dado que es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

En diferentes estudios hay una mayor incidencia de obesidad en mujeres que en hombres debido a factores hormonales, genéticos y psicológicos. La etapa de la vida en la que las mujeres tienden a aumentar de peso va de los 40 a los 50 años, que corresponde a la época del climaterio y de la menopausia, debido a cambios hormonales, retienen más agua, acumulan más grasa y se vuelven más sedentarias. Aunque las mujeres perciben mayor presión social para mantenerse delgadas, son los hombres quienes tienen mayor riesgo de padecer enfermedades a consecuencia del Sobrepeso y la Obesidad².

El problema de la Obesidad en Latinoamérica se ha calificado como el más importante dentro de las afecciones nutricionales con implicación directa en el desarrollo de enfermedades crónicas y con la mortalidad asociada. En una comparación establecida por Martorell entre nueve países de Latinoamérica, México ocupó el segundo lugar en prevalencia de Obesidad (según índice de masa corporal, IMC \Rightarrow 30) con un valor de 10.4% entre las mujeres de 15-49 años, después de República Dominicana (12.1%). En el mismo estudio se da a conocer una prevalencia de 3.9% de obesidad en niños (1-5años) ($2 > SD$ arriba de la media de peso/talla) ocupando el cuarto lugar después del Perú (4.7%), República Dominicana (4.6%) y Brasil (4.1%).

Según los cálculos de la tercera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES III) (1988-1994), el 20% de los hombres y el 25% de las mujeres de los Estados Unidos de América son obesos. Canadá sigue a los estados Unidos, con un 13.4% de adultos obesos. En Brasil, la Obesidad afectaba a 6% de hombres y 13% de mujeres en 1989. En Perú, la prevalencia de adultos con sobrepeso aumentó en 50% entre 1992 y 1996. Los datos de Argentina,

Colombia, México, Paraguay y Uruguay también muestran que más de 15% de los habitantes de estos países son obesos. La obesidad entre las mujeres fue mucho mayor, con 18% en el nivel socioeconómico alto, 24 % en el medio y 26.5% en el bajo; entre los hombres, la prevalencia de la obesidad fue de 17%, 15% y 13.8% respectivamente.

El cuadro I señala las diferentes prevalencias tanto de sobre peso como de obesidad en las diferentes encuestas nacionales realizadas en México. Destaca el incremento en las prevalencias tanto de sobrepeso como de obesidad. Es relevante la similitud de las prevalencias reportadas tanto por la ENEC-1993 como por la ENSA-2000. Hay que señalar la que en esta última encuesta se describe mayor prevalencia de obesidad, no obstante que incluye a población de mayor edad (a partir de los 20 años y hasta más de 80) donde se esperaría que la prevalencia de Obesidad fuera menor (fundamentalmente en los grupos de >70 años)³.

Cuadro 1. Comparación de las prevalencias de sobrepeso y obesidad reportadas en diferentes Encuestas Nacionales de México							
Año	Fuente (ref)	Edad (años)	Puntos de corte IMC sobrepeso/obesidad	Prevalencia (%) sobrepeso		Prevalencia (%) obesidad	
				hom	muj	hom	muj
1988	Encuesta Nacional de Nutrición-I	12 - 49	24.9 - 27 / > 27		16.4		18.7
1993	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas	20 - 69	25 - 29.9 / > 30	41	36	15	25
1999	Encuesta Nacional de Nutrición-II	12 - 49	25 - 29.9 / > 30		30.8		21.7
2000	Encuesta Nacional de Salud	> 20	25 - 29.9 / > 30	40.9	36.1	18.6	28.1

Fuente: Gac méd Méx Vol.140, Suplemento No.2, 2004

Si bien puede disponerse de una información relativamente abundante conteniendo datos sobre la epidemiología de la obesidad en México, muy poca

se apoya en estándares metodológicos internacionales o utiliza indicadores comparables. Así por ejemplo, información aportada por el Dr. Jorge González Barranco, jefe de Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de Nutrición en 1995, revelaba que la prevalencia de Obesidad en población urbana de México, a partir de once encuestas diferentes, era de 35.8%, aunque la fuente no aclaraba el punto de corte del indicador diagnóstico⁴.

La Encuesta Nacional en Salud 2000 en México, informó que casi dos terceras partes de la población adulta presentaron un índice de masa corporal por arriba de lo normal. La Obesidad, más de 30 kg/m² fue diagnosticada en 23.7% de los casos; el sobrepeso, entre 25 y 29.9kg/m² lo fue en 38.4%; el 36.2% tuvo un índice de masa corporal ideal, entre 18.5 y 24.9 kg/m², lo anterior indica que existen alrededor de 30 millones de adultos en México con sobrepeso u obesidad, 18.5 millones y 11.4 millones respectivamente. La prevalencia de Obesidad fue caso del 50% mayor en las mujeres 28.1% comparada con la de los hombres 18.6%, en contraste, el sobrepeso fue discretamente mayor en el sexo masculino 40.9 vs 36.1%.

El porcentaje de la población con Obesidad y Sobrepeso fue mayor, en relación directa con la edad pese a ello, un porcentaje significativo de los casos menores de 29 años tenían Sobrepeso 33.3% u Obesidad 14.4%. Se observa que la prevalencia de la Obesidad es mayor a partir de los 30 años de edad en ambos sexos, si embargo, el incremento en las mujeres es mayor. De los 40 a los 59 años de edad se encontró que 40% de las mujeres tienen Obesidad mientras que en hombres un poco más de 20%. A partir de los 60 años de edad inició un decremento en la presencia de Obesidad hasta llegar a 17% en mujeres y a 10% en hombres de 80 años. Las poblaciones de los estados de Coahuila, Tamaulipas, Campeche Colima y Baja California presentaron las prevalencias de obesidad, en poco mas de 30% de su población, mientras que las poblaciones del Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Sonora y Tlaxcala, presentaron las mayores prevalencias de Sobrepeso, que fueron más del 40%⁵.

En las mujeres, la Obesidad puede causar problemas en el sistema reproductivo. Y los estudios muestran que casos severos de Obesidad pueden reducir su expectativa de vida particularmente si es un joven adulto.

Las causas de la Obesidad rara vez se limitan a factores genéticos, al comer en exceso por periodos prolongados, o a un estilo de vida sedentario. Lo que hacemos y no hacemos a menudo se deriva de cómo pensamos y nos sentimos. Por ejemplo, sentimientos de tristeza, ansiedad o estrés a menudo llevan a las personas a comer más de lo usual.

Aunque el riesgo para las mujeres al tener un IMC no saludable es ligeramente mayor al de los hombres, son mucho más vulnerables al ciclo obesidad-depresión. En un estudio, la Obesidad en las mujeres se asoció con un aumento de un 37% en la depresión grave. También hay una relación significativa entre las mujeres con un alto IMC y pensamientos de suicidio más frecuentes.

La Depresión puede causar y ser resultado del estrés, el cual, a su vez, puede causar un cambio en sus hábitos alimenticios y actividades. Muchas personas con problemas para recuperarse de eventos repentinos o emocionalmente agotadores comienzan, sin darse cuenta, a comer demasiado de las comidas equivocadas o abandonar el ejercicio. En poco tiempo, esto se transforma en un hábito que es difícil cambiar⁶.

Por ello es importante conocer las consecuencias de la Obesidad, no solo las físicas que ya conocemos sino las psicológicas, en diversas literaturas enlistan diferentes niveles de ansiedad y depresión, pérdida de la autoestima, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal o disfunciones

sexuales, en fin, la obesidad es un riesgo para la salud física y mental de la persona en el transcurso de su vida.

Calva (2003) menciona que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión⁷.

Se ha visto que una de las consecuencias de la obesidad en la salud mental es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión usando la comida para aliviarla.

De acuerdo con esto, Álvarez (1998) aborda en su libro *Obesidad y autoestima* los problemas de depresión y ausencia de autoestima en los pacientes con obesidad, y comenta que dichos problemas impiden que se baje de peso. A su vez, Beato y Rodríguez (2004) proponen que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establecen que una mejora de la autoestima en los pacientes obesos proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso⁸.

Goldberg (2002) menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad (considerada de las más importantes) es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un problema de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando precisamente la comida para aliviarla, entrando así en un círculo vicioso muy peligroso.

Tan es así que esta asociación de baja autoestima y obesidad en los jóvenes que la padecen posee una imagen pobre de si misma y sólidos sentimientos de inferioridad y rechazo. A parte, la discriminación que le profesa su alrededor, desencadena en ellos actitudes antisociales, que los conducen al aislamiento y otras veces, a marginar a aquellos que se encuentran peor o en igualdad de condiciones. Evidentemente, la crítica destructiva hacia los demás, constituye un mecanismo de defensa para evitar ser agredidos.

Este efecto negativo de índole social y psicológico que varía de acuerdo al índice de masa corporal en los jóvenes, tiene el potencial de disminuir su autoestima y en periodo crítico, convertirse en un problema más grave, de riesgo vital: muchas enfermedades (anorexia, bulimia, etc), accidentes, deterioros familiares, fracasos universitarios y despidos laborales pueden conllevar directa o indirectamente, a la depresión⁹.

Por ello es importante conocer qué es la Autoestima:

Según Ramírez y Almidón especialistas en problemas de autoestima, la definen como: “la valoración que uno tiene de si mismo, se desarrolla gradualmente desde el nacimiento, en función a la seguridad, cariño y amor que la persona recibe de su entorno”. Esta relacionada con el sentirse amado, capaz y valorado, lo que determina el autoconcepto, es decir, la imagen que uno tiene de sí misma en lo corporal, intelectual y social, etc¹⁰.

Existen otras definiciones como:

La primera Regional Training, Brasil 1999 define a la autoestima: “Como la valoración que la persona tiene sobre si misma o a partir de las ideas y

sentimientos que se derivan de su propio autoconocimiento, así como de las influencias y mensajes que recibe de otra persona y también de su medio sociocultural”¹¹.

Coopersmith expresa que “La autoestima es la evaluación que todo individuo hace y mantiene con respeto a sí mismo, expresando aprobación o desaprobación de lo que tan capaz, significativo, exitoso y digno se encuentra o siente”¹².

Según Francisco Masso refiere que es “El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros”¹³.

Por lo que podemos decir que los diferentes autores definen la autoestima en el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Es confianza, valoración y respeto por uno mismo, una respuesta psicológica que se describe normalmente como de naturaleza afectiva o basada en el sentimiento positivo versus negativo, o aceptación versus rechazo⁷.

Se define en términos de la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo; este sentimiento expresa el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio personal que tiene de sí mismo una persona, es una experiencia subjetiva que el individuo expresa verbalmente y mediante ciertos rasgos de comportamiento.

Según la Lic. Alejandra García Morillo y Cirilo Toro Vargas refieren que existen exageraciones de la suma de juicios que una persona tiene sobre sí mismo puede ser exagerada y estar teñida por voces que sobredimensionan positiva o negativamente sus características personales. Si esa sobredimensión es negativa la persona se subestima o autoestima baja negativa. Si la sobredimensión es positiva, se sobreestima o autoestima alta negativa

- Las personas que se subestiman o que tienen una **autoestima baja negativa** son extremadamente vulnerables a la crítica. Escuchan una voz interior negativa que los ataca y juzga con el máximo rigor. ¿Qué hace esa voz interior negativa?, lo confronta con los demás con saldo negativo. Le exige niveles de perfección imposibles de alcanzar, le contabiliza los fracasos olvidándose de los éxitos y de los logros. Le impone un argumento de vida y lo censura si lo transgrede. Le exige ser el mejor y si no lo logra lo acusa de estúpido, fracasado, débil y le hace creer que es cierto. A veces usa recuerdos del pasado con imágenes y los encadena por asociación asociaciones. Esta voz se caracteriza por ser insidiosa y sutil y el sujeto por lo general no se percata de ella ni que lo está dañando pues sus ataques le parecen razonables y justificados. Este tipo de autocritica que se empeña en socavar la valía personal es enormemente tóxica para la salud emocional y tal vez más perjudicial que cualquier trauma padecido.
- La sobrestima o **autoestima alta negativa**, aunque menos frecuente, describe la conducta de quienes se sienten más que los demás, superiores, que todo lo pueden. La voz interior les susurra que pueden más, que saben más que los demás, que son mejores, más lindos, con mejor físico, que es el mejor.
- **Autoestima baja positiva** se refiere a la aceptación personal disminuida por alguna crisis situacional pero debe estabilizarse conforme pase la situación adversa en la persona.
- **Autoestima alta positiva**, es la aceptación personal de cada persona conciente de sus virtudes, defectos, errores y aciertos, etc. Capaz de afrontar cualquier situación adversa presentada. Se caracteriza por:

- Ser más preparados estamos para afrontar las adversidades.
- Tener más posibilidades de ser creativos en nuestro trabajo
- Tener más oportunidades de entablar relaciones enriquecedoras.
- Tratar a los demás con más respeto.
- Sentirse más contento y tener mas ganas de vivir ¹⁴.

Otros autores solo la dividen en baja autoestima y alta autoestima. Baja autoestima se refiere a aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus facultades y que necesitan la aprobación de los demás ya que suelen tener diversos complejos, todo lo cual ocasiona un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. También se pueden encontrar pensamientos negativos, los que pueden conllevar la depresión. Por otra parte, la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio emocional, que son capaces de disfrutar situaciones sociales pero también de la soledad, que tienen una buena autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos -a los que transforman en pensamientos positivos- una buena motivación¹⁵.

La gran importancia de la autoestima es nuestra vida puede sintetizarse en los siguientes criterios:

a) Construye un núcleo de la personalidad. La fuerza del hombre es la tendencia de llegar a ser él mismo. La fuerza impulsora para el efecto es la voluntad inexorable de la persona de captarse a si misma. El dinamismo básico del hombre es la autorrealización.

b) Determina autonomía personal. Un objetivo personal de la educación es la formación de personas autónomas, seguras de sí mismas.

c) Posibilita la relación social saludable. El respeto y aprecio hacia uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con las demás personas. Se puede estimar a otros reconociendo sus valores e infundirles un autoconcepto afirmativo.

d) Fundamenta la responsabilidad.

Todo trastorno o enfermedad debe considerarse como un fenómeno simultáneamente biológico, psicológico y social. Se deben descartar las hipótesis que plantean que lo biológico o genético tiene mayor preponderancia sobre lo psicológico o a la inversa; que lo psicológico predomina por sobre lo biológico. Partiendo desde esta perspectiva el planteo de que toda enfermedad física puede ser abordada con tratamiento psicológico y médico presupone un abordaje multidisciplinario, mejores posibilidades de recuperación y adaptación a la enfermedad tienen los pacientes con autoestima alta positiva, la cual los ayuda afrontar las situaciones adversas ¹⁴.

El tratamiento psicológico para pacientes obesos tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación tanto de la persona enferma como de los miembros de su familia a la enfermedad. Es importante considerar y evaluar el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación propio ante la enfermedad. Por estilo de afrontamiento se entiende el conjunto de habilidades y competencias que posee la persona para manejar situaciones estresantes o problemáticas. Por ejemplo, las personas con un estilo de afrontamiento evitativo, ante el diagnóstico de la enfermedad serán proclives a callar o negar todo lo que a ella respecta, además evitarán informarse sobre los procedimientos quirúrgicos o pasos del tratamiento. Quien tenga un estilo de afrontamiento más activo procurará leer la mayor cantidad de información posible y acosará a los especialistas con preguntas.

Como ya se ha mencionado hay en los obesos una mayor propensión a sufrir enfermedades tales como trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, elevados niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima⁸.

Por eso es necesario que el tratamiento de la Obesidad tenga un enfoque integral, ya que si no, suele tener poco éxito. Por este motivo, se debe buscar como objetivo no sólo la pérdida de peso, sino alcanzar unos hábitos de vida saludables. En el tratamiento se debe involucrar directamente a la familia. Es necesario elaborar tratamiento que aúnen el componente dietético-nutricional, psicológico-psiquiátrico, familiar y de actividad-condición física¹⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El municipio de Teapa se localiza en la región de la sierra, la que se ubica al sur del estado, entre los paralelos 17°19' de latitud norte. Colinda al norte con el municipio de Tacotalpa, al sur con los estados de Chiapas y Veracruz, al este con el estado de Chiapas y al oeste con el estado de Veracruz; posee referencias especiales que señalan sus límites. El municipio cuenta con los servicios básicos, agua, luz, drenaje y teléfono.

La población que se va estudiar tiene características urbanas y tiene una población de 2898 habitantes con 1382 mayores de 20 años de los cuales 685 son hombres y 697 mujeres.

En cuanto a la prevalencia de la obesidad en Vicente Guerrero Lerma, del municipio de Teapa Tabasco es poca la información con la que se cuenta, ya que es una enfermedad que como no se manifiesta como la fiebre, no se ha tomado conciencia de la misma, el único dato con el que contamos es con el Sistema de Información de Salud.

Es por ello que no se ha realizado un programa específico para el control de la obesidad, el único grupo que existe es el de grupo de autoayuda mutua conformado por los pacientes que padecen de Diabetes mellitus y/o Hipertensión, el cual se reúne cada mes para platicas de educación para la salud y prácticas de actividad física.

Considero que falta realizar más orientación pero sobre todo motivación para poder llevar a cabo el club de autoayuda y practicar actividad física para disminuir la Obesidad.

En relación a la baja autoestima, es el primer trabajo que se realiza para determinar la incidencia de la misma, conociendo el resultado de la misma, nos ayudará a proyectar técnicas para elevar la autoestima de las mujeres.

¿Cual es la asociación entre la obesidad y la baja autoestima en las mujeres de Vicente Guerrero del municipio de Teapa, Tabasco?

JUSTIFICACIÓN

Es relevante observar las altas prevalencias de la obesidad a nivel nacional e internacional, y realmente preocupante el hecho de que incrementa día a día esta pandemia.

Como se ha descrito anteriormente la Obesidad en Estados Unidos de América afecta al 20% de los hombres y al 25% de las mujeres, siendo el país con mayor influencia en México, se muestra reflejada en nuestra prevalencia que según la Encuesta Nacional en Salud 2000, informó que casi dos terceras partes de la población adulta se encuentra con Sobrepeso y Obesidad.

Y en vista que no se conoce la prevalencia real en el municipio en esta investigación se trata de identificar a la patología con oportunidad para implementar medidas de prevención y manejo para disminuir las complicaciones que esto conlleva.

Lo psicológico forma parte de la salud integral de las personas y cuando se ve afectada, todos los aspectos de la vida se ven influenciados por la negatividad que abunda en la manera de pensar del individuo. La ausencia de autoestima, almacena sentimientos injustificados de inferioridad e incapacidad para afrontar las dificultades.

En el estudio realizado por Carrasqueño y Solórzano cuyo objetivo fue determinar el nivel de autoestima en pacientes obesos que asistieron a la consulta de Post-grado de Medicina familiar se observa una autoestima baja en el 47.6 % de los pacientes, media en un 26.42% y alta en un 26.42%, no hubo diferencias estadísticas en el nivel de autoestima según sexo, pero sí según edad, con mayor frecuencia de autoestima baja en el grupo de 21 a 30 años y

en el grupo de 61 años y más. Igualmente se observó mayor frecuencia de autoestima baja en el grupo de obesidad leve y de autoestima alta en el grupo de obesidad ¹⁷.

En base a lo anterior si identificamos obesidad en nuestra población debemos conocer como la población en estudio percibe su enfermedad y qué hacen en relación a ella, ya que ésta misma población es la que padece de Diabetes mellitus e Hipertensión y son grupos que a pesar del tratamiento farmacológico no se logran controlar.

Además de que el sobrepeso y la obesidad por sí solas representan un problema sanitario, las consecuencias clínicas que producen Diabetes mellitus tipo II, Hipertensión, lesiones cardiovasculares, originan miles de muertes al año e inversión monetaria significativa para el tratamiento de todas las enfermedades.

Todos estamos de acuerdo que el Sobrepeso y la Obesidad es un verdadero problema no sólo para quien la padece sino para la sociedad en general por ello es importante conocer la prevalencia en la comunidad de Vicente Guerrero, conocer el nivel de autoestima de la población para buscar las vías de acción más adecuadas.

Como médico familiar me encuentro en el entorno ideal a través del cual se puede combatir el problema, la educación es el medio más adecuado para construir la personalidad de las titulares, no podemos limitarnos a la mera transmisión de conocimientos, debemos contribuir en el desarrollo intelectual, físico y psicológico de las beneficiadas del programa de Oportunidades.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la asociación entre la Obesidad y la baja autoestima en las mujeres mayores de 20 años de la localidad de Vicente Guerrero del municipio de Teapa, Tabasco.

ESPECIFICO

1. Determinar la frecuencia de la Obesidad en pacientes del sexo femenino mayores de 20 años del programa de oportunidades.
2. Determinar el nivel de autoestima en las mujeres.
3. Conocer en el grupo de estudio las edades que prevalecen así como el peso, la talla y el Índice de Masa Corporal.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal ya que se realizará en una sola visita.

Descriptivo porque sólo se describirán los resultados.

Observacional ya que no intervendremos directamente en acciones para los resultados.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

La localidad de Vicente Guerrero Lerma cuenta con un total de 198 mujeres afiliadas al programa de Oportunidades, a las cuales se les citará en el lapso del mes de julio 2007 en el consultorio médico del Centro de Salud de ésta localidad, para realizar las mediciones y las encuestas.

MUESTRA:

Se aplicará a todas las mujeres afiliadas del programa de Oportunidades.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión

- Paciente del sexo femenino mayor de 20 años que se encuentre afiliada al programa de Oportunidades de la localidad de Vicente Guerrero Lerma del municipio de Teapa Tabasco.
- Paciente que acepte y firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Paciente femenino que no habite en la localidad de estudio.
- Paciente del sexo femenino menor de 20 años que no sea titular del programa.
- Paciente afiliada al programa de Oportunidades pero ya esté dada de baja.

Criterios de eliminación.

- Persona que haya respondido mal la encuesta.

VARIABLE INDEPENDIENTE
OBESIDAD

VARIABLE DEPENDIENTE
BAJA AUTOESTIMA

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Se considera en años cumplidos en relación a la fecha de nacimiento	Cuantitativa	Años cumplidos.
TALLA	Es la estatura en metros del paciente, descalzo y en posición recta.	Cuantitativa	Determinado en metros y centímetros
PESO	Es la unidad en Kilogramos que pesa el individuo, sin zapatos y ropa ligera	Cuantitativa	Determinado en kg.
IMC	Resulta de multiplicar el peso en kilogramos entre la estatura multiplicada al cuadrado.	Cuantitativa	Determinado en Kg/m ²
AUTOESTIMA	La autoestima es nuestra imagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.	Cualitativa	Se realiza cuestionario de 40 ítems con 4 opciones como respuesta las cuales tienen un valor asignado. De cada columna se suman las marcas de cotejo y múltiple por el número que aparece en cada

			<p>columna. Luego se suman los totales de las cuatro columnas, y anote ese total. Se interpretan los resultados con la tabla siguiente:</p> <p>160-104 Autoestima alta (negativa).</p> <p>103-84 Autoestima alta (positiva).</p> <p>83-74 Autoestima baja (positiva).</p> <p>73-40 Autoestima baja (negativa).</p>
--	--	--	--

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se realizó conforme los siguientes principios éticos de investigación médica con sujetos humanos de la Declaración de Helsinki:

- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados.
- Las personas objeto del proyecto de investigación deben ser participantes voluntarios e informados.
- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para respetar la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público.

También se basa en lo que marca el Título Quinto Capítulo Único de la Ley General de Salud en su artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación:
- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____,
expreso abiertamente la decisión de contestar el cuestionario sin presiones de ninguna índole a la doctora Guiomar de Jesús Cruz Martín, no omito mencionar que me fue explicado abiertamente los fines para tal encuesta y autorizo para que la información sea utilizado con toda la confidencialidad que se ha explicado.

Firma _____

OBTENCION DE LA INFORMACION

Los cuestionarios se realizaron citando a las titulares por grupos y solicitando que acudieran con ropa ligera y en ayuno.

Cuando acudieron las titulares se les explicó en qué consistía el cuestionario y se les otorgó el CONSENTIMIENTO INFORMADO para que autorizaran la aplicación del mismo.

Se les entregó el cuestionario a aquellas que sabían leer y escribir para que lo contestaran y a las demás se les encuestó directamente.

Después de contestar el cuestionario se pesaron y midieron a las pacientes, en una báscula de pie con estadímetro (AUT. MOD. D. G. N. 2412 Básculas BAME) que proporciona la Secretaría de Salud, la cual se calibra antes para no tener margen de error.

Después de realizar todas las encuestas se clasificaron los estados nutricionales de acuerdo al índice de masa corporal de la NOM. con la formula: $IMC = \text{kg. de peso} / \text{m}^2 \text{ de talla.}$

Se determina la existencia de Obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Sobrepeso, al estado premórbido de la Obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25.

Talla baja, a la determinación de talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros.

Después de realizar el cálculo del IMC, se califica el cuestionario clasificando el nivel de autoestima como ya se había planteado.

La prueba para calificar autoestima fue tomada del libro Nuevos Surcos (1994), escrito por Cirilo Toro Vargas. En este libro figura la primera versión de la misma. La segunda versión, corregida y actualizada, forma parte del libro Mejore su autoestima en catorce días (2004). La prueba ha sido debidamente validada para su uso en español. Revisado en septiembre de 2003. Versión para el Internet revisada el 31 de mayo de 2007.

ANALISIS Y PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LA ELABORACION

Se realizará un estudio comparativo con respecto a la estadística anual del municipio y estadística anual de datos de la secretaria.

El análisis estadístico se realizó con promedio, mediana moda y desviación estándar para las variables de edad, peso, talla e índice de masa corporal y se utilizo x2 rr ra fap a través del programa estadístico EPI INFO y WIN EPISCOPE.

RESULTADOS:

Se realizaron 198 encuestas a las mujeres titulares del programa de oportunidades, de las cuales se excluyeron 27 encuestas ya que 5 titulares están embarazadas y 22 encuestas fueron mal contestadas.

De las 171 encuestas encontramos que la edad promedio es de 41.6 años, siendo la mediana 40 y la moda 38, con una desviación estándar 11.4.

En cuanto al peso el promedio fue 63.4 kg. , la mediana 63; la moda 63 y la desviación estándar 12.4.

En talla el promedio es de 145.7 cm, la mediana y la moda 146 y su desviación estándar 5.59.

En relación al IMC el promedio es de 30.1, la mediana 30.05 y la moda 30.5, con una desviación estándar de 4.9.

TABLA 1. ASOCIACION ENTRE LOS DIFERENTES GRADO DE NUTRICION Y LOS NIVELES DE AUTOESTIMA.

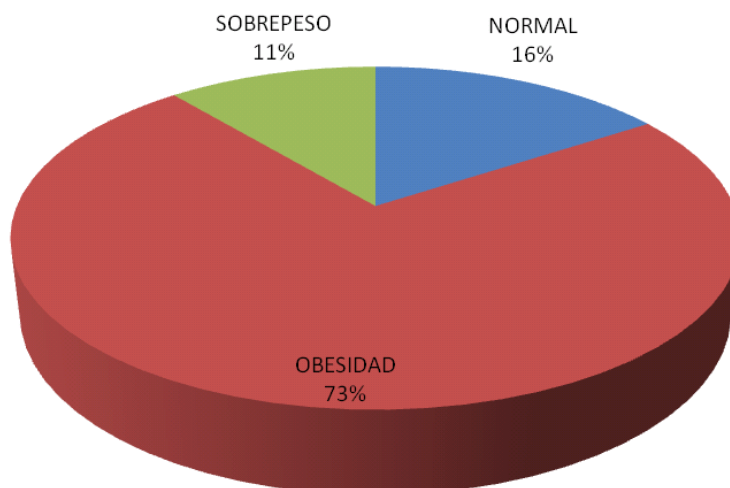
	Autoestima baja	Autoestima alta	Total
Sobrepeso y Obesidad	44	100	144
Normal	8	19	27
Total	52	119	171

- Fuente: Encuesta para determinar autoestima y obesidad.

Se realiza la asociación dando un resultado de X^2 0.01, con una p. 0.92 estadísticamente no significativa.

RR: 1.04 Riesgo atribuible 0.6% Fracción etiológica 0.7% fracción atribuible a la población 0.2%

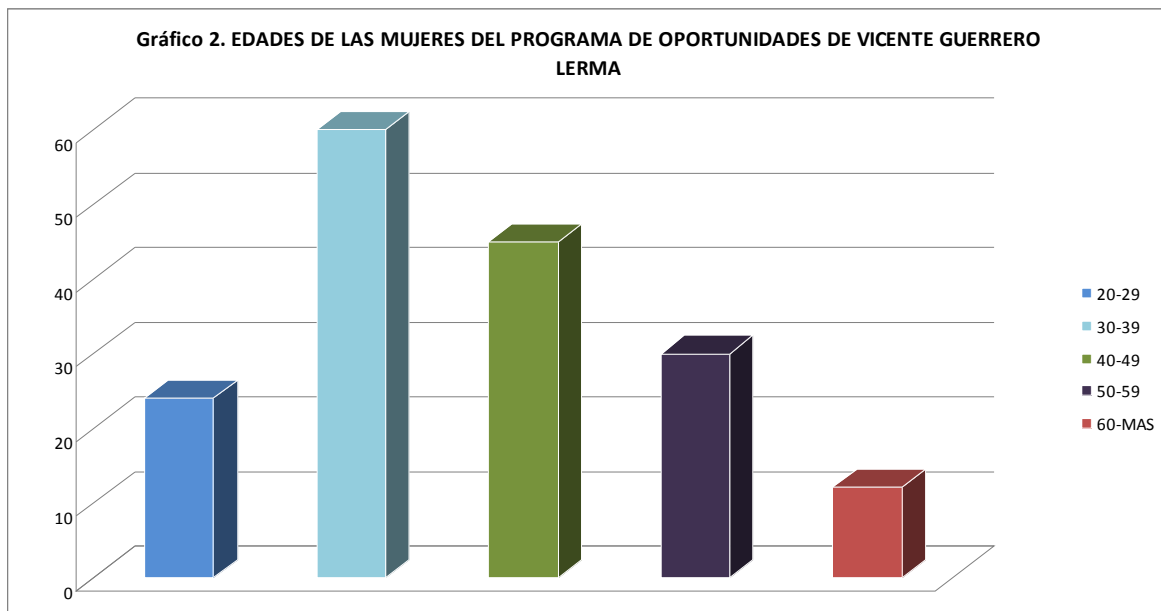
Grafico 1. ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDADES DE VICENTE GUERRERO LERMA



- Fuente: Encuesta para determinar autoestima y obesidad. •

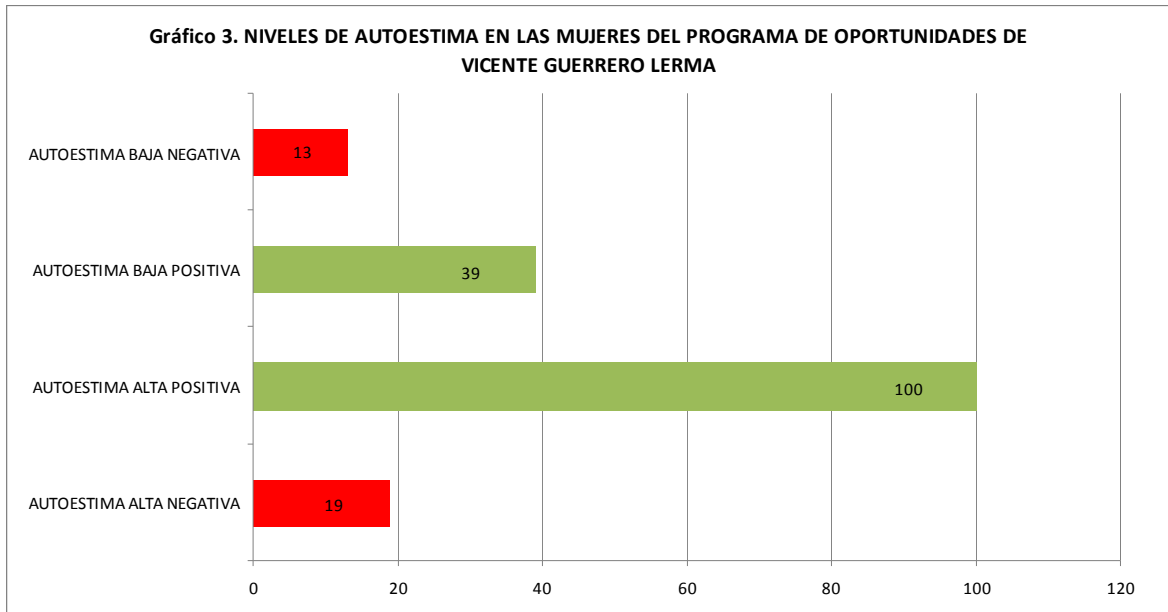
En relación al estado de nutrición: el 16% de la población se encuentra dentro de

lo normal, el 11% con sobrepeso y el 73% con obesidad.



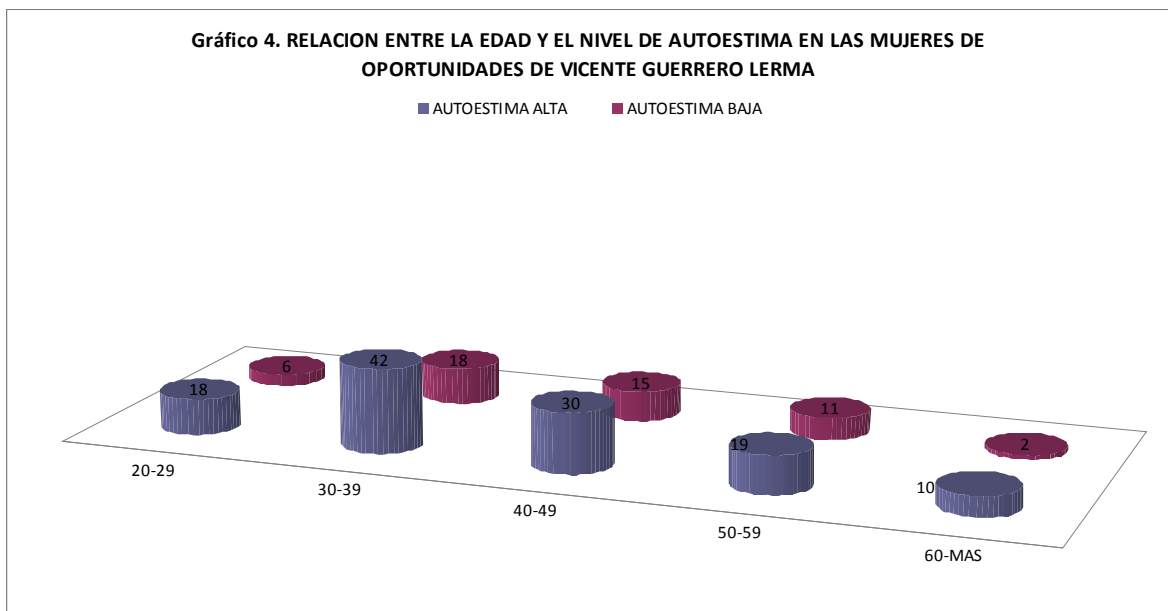
- Fuente: Encuesta para determinar autoestima y obesidad.

Los grupos de edades que se estudiaron son: 20-29 con un total de 24 integrantes, 30-39 con 60 personas, 40-49 con 45 personas, 50-59 con 30 personas y el grupo de 60 y más con 12 personas.



- Fuente: Encuesta para determinar autoestima y obesidad.

Los niveles de autoestima que prevalecieron son los considerados como positivos, siendo de éstos la autoestima alta positiva la que tuvo su mayor porcentaje.



- Fuente: Encuesta para determinar autoestima y obesidad.

Como podemos observar el nivel de autoestima alta prevalece en los diferentes grupos de edades en la misma proporción sobre la autoestima baja.

DISCUSION

La población estudiada en el presente trabajo nos permitió comparar la prevalencia de la enfermedad con otras investigaciones al respecto:

Poletti y cols encontraron que en escolares se presenta un 24.7% sobrepeso y 9.9 % de Obesidad ¹⁸.

Información aportada por el Dr. Jorge González Barranco, jefe de Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de Nutrición en 1995, revelaba que la prevalencia de Obesidad en población urbana de México, a partir de once encuestas diferentes, era de 35.8%⁴.

La Encuesta Nacional en Salud 2000 en México, informó que casi dos terceras partes de la población adulta presentaron un índice de masa corporal por arriba de lo normal. La Obesidad, más de 30 kg/m² fue diagnosticada en 23.7% de los casos; el sobrepeso, entre 25 y 29.9kg/m² lo fue en 38.4%; el 36.2% tuvo un índice de masa corporal ideal, entre 18.5 y 24.9 kg/m², lo anterior indica que existen alrededor de 30 millones de adultos en México con Sobrepeso u Obesidad, 18.5 millones y 11.4 millones respectivamente. La prevalencia de Obesidad fue caso del 50% mayor en las mujeres 28.1% comparada con la de los hombres 18.6%, en contraste, el sobrepeso fue discretamente mayor en el sexo masculino 40.9 vs 36.1%⁵.

En ésta investigación el Sobrepeso representó el 11%, la obesidad el 73% y el normal 16% un porcentaje muy alto a los referidos nacionales e internacionales.

Al igual que Arturo Aguilar-Ye y cols. en el estudio que realizaron no hay relación entre el IMC y la autoestima, aunque ésta última parece disminuir al

aumentar el IMC⁶. En el presente estudio se presentó niveles de autoestima positivos en la mayoría de la población que se encuentra en Sobrepeso y Obesidad, y los niveles de autoestima negativos no estuvieron relacionados con la obesidad. Al contrario de Alcía María Alvarado Sánchez y cols. que consideran que la autoestima es un factor importante para que los pacientes puedan reducir su peso ya que el aumento de autoestima de los participantes en su estudio fue un factor considerable para que logaran disminuir de peso⁷.

También Carrasquero y cols. en el estudio que realizaron para determinar el nivel de autoestima en pacientes obesos reflejan una autoestima baja en el 41.6% de los pacientes, media en un 26.42% y alta en un 26.42%. No hubo significancia estadística en el nivel de autoestima según sexo, pero si según edad, con mayor frecuencia de autoestima baja en el grupo de 21 a 30 años y en el grupo de 61 años y más; y con el nivel de educación con predominio de autoestima baja en los analfabetas y pacientes con educación superior. Igualmente, se observó mayor frecuencia de autoestima baja en el grupo de obesidad leve y de autoestima alta en el grupo de obesidad moderada¹⁷.

CONCLUSION

Considerando que en las titulares de oportunidades de Vicente Guerrero en donde no se obtuvo significancia estadística entre la obesidad y la baja autoestima, y en donde para ellas la obesidad no constituye un problema para la salud; las redes sociales que éstas tienen juegan un papel muy importante para tener una mejor autoestima; es decir las mujeres que presentaron Sobrepeso y Obesidad no han tomado conciencia de su enfermedad y de las repercusiones que tienen tales como Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

Por ello si observáramos a fondo encontramos el porqué las pacientes con dichas enfermedades no se encuentran controladas ya que para ellas la Obesidad es algo natural y no hacen algo para cambiar.

En este estudio no hubo relación entre la Obesidad y la baja autoestima por lo que se necesita realizar un estudio más amplio en donde se incluyan otras variables como religión, ocupación y enfermedades concomitantes para determinar si la Obesidad influye en que las personas tengan una baja autoestima como refiere la literatura.

Por eso creo necesario como médico familiar trabajar arduamente en la educación y orientación en la población sobre Sobrepeso y Obesidad ya que tienen un alto riesgo de presentar enfermedades como las ya mencionadas en párrafos anteriores y como bien está demostrado en la actualidad, posteriormente fomentar la alimentación balanceada adecuados a la zona en la que nos encontramos y finalmente llevar a cabo la práctica diaria del ejercicio, puesto que para la población su enfermedad no la consideran como tal y por lo tanto no hacen algo al respecto.

RECOMENDACIONES

Es necesario crear un programa en el cual la población se apegue y mantenga a largo plazo, mi papel como médico familiar en esta comunidad es muy importante ya que la población con la cual trabajaré es una población que acude a pláticas y talleres mensuales con citas médicas periódicas y que a cambio de ello les ofrecen un apoyo económico. Como conocemos bien la región será fácil identificar los alimentos que se incluirán en la alimentación balanceada.

Tengo 2 poblaciones: la primera que incluyen aquellas con Sobrepeso y Obesidad y la segunda titulares con índice de masa corporal menor a 25, por la prevalencia tan alta del primer grupo considero que el abordaje de la Obesidad se basará en las modificaciones dietéticas, la práctica de ejercicio físico y el apoyo psicológico con terapia conductual (imprescindible para el mantenimiento de los cambios a largo plazo, por el carácter crónico y multifactorial de la enfermedad).

El objetivo es alcanzar un peso corporal previamente pactado con el paciente, lo más próximo posible al normal y abarcaremos los siguientes 3 aspectos:

Modificaciones dietéticas

Los cambios dietéticos serán graduales y se propondrán a partir de un diario nutricional que previamente elaborará el paciente, valorando lo que es correcto con el propósito de mantenerlo y afianzarlo, a continuación se consensuarán aquellos cambios que conjuguen la imprescindible reducción energética con la realización de las actividades normales de cada día.

Para conseguir adherencia a largo plazo se adoptarán modificaciones dietéticas "a la medida", evitando dietas Standard. La disminución de 400-500 cal diarias de la ingesta basal suele ser bien tolerada, pudiendo lograr lentas pero mantenidas pérdidas de peso, del orden de 300-400 grs/semana.

Se recomendará una alimentación hipocalórica equilibrada y variada; repartida en 5 comidas al día, con una ingesta abundante de líquidos y fibra.

Actividad física.

El ejercicio físico es otro de los pilares básicos del tratamiento integral para la reducción y mantenimiento del peso.

Se recomienda potenciar la actividad física cotidiana (prescindir de la combi para desplazamientos cortos realizar pequeños paseos) así como el ejercicio programado organizado en los talleres para que se realice ejercicio aeróbico (como andar de prisa, correr, nadar, ciclismo...) al menos durante tres horas a la semana.

Apoyo psicológico y modificaciones conductuales

Las personas con sobrepeso y obesidad se benefician con las intervenciones psicológicas, particularmente con estrategias conductuales y cognitivo conductuales. Son más útiles cuando se combinan con medidas dietéticas y ejercicio físico.

Lograr cambios duraderos tanto en comportamientos alimentarios incorrectos como en el estilo de vida, obliga al profesional a indagar el nivel de motivación del paciente.

Una causa habitual del fracaso de los programas de obesidad en los centros de salud radica en la llamada trampa del experto: el profesional dirige todo el proceso cuando lo mas efectivo es centrar el programa en su protagonista: el paciente obeso, quien decidirá automáticamente el grado y ritmo de su implicación en el tratamiento ¹⁹.

Por lo que se consensuarán con el paciente cambios cooperativos para conseguir una moderada, realista y sostenida pérdida de peso y fortaleceremos su autoestima para evitar el incumplimiento terapéutico, mediante algún tratamiento conductual que fortalezca un pensamiento adaptativo de autoeficacia con el apoyo del personal de psicología que contamos en el Hospital Regional de Teapa.

Y para la población con un índice de masa corporal menor a $<25 \text{ kg/m}^2$, reforzaremos los hábitos alimenticios saludables e inculcaremos la práctica diaria del ejercicio para continuar con un estilo de vida saludable.

ENCUESTA A APLICAR.

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

Fecha: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Edad _____ Peso _____ Talla _____

IMC _____

Conteste con una X la respuesta que corresponda en cada enunciado:

	Siempre 4	Casi siempre 3	Algunas Veces 2	Nunca 1
1. Me siento alegre.				
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.				
3. Me siento dependiente de otros.				
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.				
5. Me siento triste.				
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.				
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.				
8. Siento que soy agradable a los demás.				
9. Es bueno cometer errores.				
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.				
11. Resulto desagradable a los				

demás.				
12. Es de sabios rectificar.				
13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptada.				
15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
18. Acepto de buen agrado la crítica constructiva.				
19. Yo me río del mundo entero.				
20. A mí todo me resbala.				
21. Me siento contenta con mi estatura.				
22. Todo me sale bien.				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.				
24. Siento que mi estatura no es la correcta.				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.				
26. Me divierte reírme de mis errores.				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.				
28. Yo soy perfecta.				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia				

física.				
31. Evito nuevas experiencias.				
32. Realmente soy tímida.				
33. Acepto los retos sin pensarlo.				
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.				
35. Siento que los demás dependen de mí.				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.				
37. Me considero sumamente agresiva.				
38 Me aterran los cambios.				
39. Me encanta la aventura.				
40 Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.				
TOTALES DE CADA COLUMNA				
TOTAL				

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Oficial Mexicana Nom-174-SSA1-1998 Para el manejo integral de la Obesidad.
2. Obesidad, Problema de Salud Pública. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx/pibc/segundo/guias/referencias/osp.pdf>
3. Villa A.R., Escobedo M.E, Méndez S.L. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Méd Méx Vol. 140, suplemento No.2, 2004.
4. Braguinsky J. Prevalencia de obesidad en América Latina. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (supl.1):109-115.
5. Pérez N. E., Morales E. ML, Grajales A. I. Panorama epidemiológico de la Obesidad en México. Rev Mex de Enf Card 2006; 14 (2): 62-64.
6. Aguilar-Ye A, Puig Sosa PJ, Luna Madrigal LA, Sánchez Zarate P, Rodríguez G R, Rodríguez G L.M. La autoestima y su relación con el índice de mas corporal al culminar la adolescencia. Rev. Mex Pediatr 2002, 69 (5); 190-193.
7. Galache M. P. ¿Cómo mejorar la autoestima de los y las escolares con sobrepeso y/o riesgo de obesidad de 13 y 14 años? Medidas de actuación. - Buenos Aires - Año 13 - No. 121 - Junio 2008. Disponible en <http://www.efdeportes.com/Revista digital>.
8. Alvarado Sánchez A.M., Guzmán Benavides E. , Gonzalez Ramirez M. Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación, julio-diciembre, año/vol.10 número 002. Universidad Veracruzana Xalapa México.pp417-428.
9. Becerra D. MA. Repercusión del Índice de Masa Corporal en los niveles de Autoestima de los Estudiantes de Medicina de la ULA Táchira.
10. Mavilo Calero Pérez. Autoestima y Docencia. Edit. San Marcos, Perú. 2000. Pág 18 - 19.
11. CODINFA/MULTISECTORIA. Por los caminos de la resiliencia. PANEZ & SILVA CONSULTORES. 2002. Lima – Perú, Pág. 23.
12. <http://www.autoestimacursocompleto.htm>
13. http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/llguianorexia_4.pdf
14. Huanco Flores Carmen Rosa. Tesis Nivel de autoestima de los pacientes del programa de control de tuberculosis del centro de salud Lora Rodríguez Dulanto-Duksil, 2004. Lima Perú 2004.
15. Camacho Riera CD. Autoestima y motivación. Disponible en <http://www.monografías.com>.
16. Gómez S, Marcos A. Intervención integral en la obesidad del Adolescente. REV MED UNIV NAVARRA/ VOL 50, No. 4, 2006, 23 -25.

17. Carrasquero, J., Solórzano, ML. Autoestima en pacientes obesos: consulta del post -grado de medicina familiar: Ambulatorio Caricuao, IVSS Caracas, 2002. Med. Fam. (Caracas); 10 (2); 101-110, jul – dic 2003.
18. Poletti, O. H, Barrios, L., Maluje, M.D, Issler, G, Parquet, R, Ruiz, JM y col. Sobrepeso y obesidad en escolares de la ciudad de Corrientes. Facultad de Medicina – UNNE. Corrientes Argentina. 2001.
19. Alamo A. AJ, González A. A, González R. M, Obesidad. Guías clínicas 2006; 6 (24). Disponible en <http://fisterra.com>.