



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA Y PRESENCIA DE BULLYING EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. RODRÍGUEZ SUÁREZ ALICIA MAYTE

Cel.: 5541297657. Email: coldplayal@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Cel.: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODÓLOGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Cel.: 55206715063. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

DRA. DAMKEN ROBLES ALMA GUADALUPE

Cel.: 5554130610. Email: gardamken@hotmail.com

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2015
NUMERO DE REGISTRO: 2015-3605-20



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.



EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA Y PRESENCIA DE BULLYING EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Rodríguez Suárez Alicia Mayte¹. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto². Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³. Dra. Damken Robles Alma Guadalupe⁴

¹ Médico Residente de Segundo Año. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

² Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

³ Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

⁴ Médico Especialista en Medicina Familiar. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 140 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Subespecialidad en Terapia Familiar

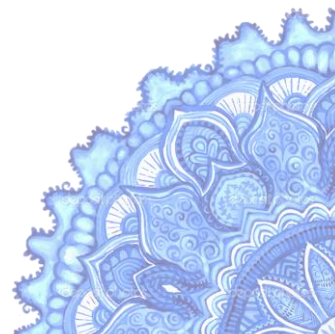
OBJETIVO: Evaluación nivel de autoestima y presencia de bullying en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MATERIAL Y MÉTODOS: Tipo: Transversal, Descriptivo. Criterios inclusión: Pacientes de 7 a 16 años con sobrepeso y obesidad, Criterios exclusión: No deseen participar o no firmen consentimiento informado. Criterios eliminación: no derechohabientes. Pacientes con enfermedades crónico degenerativas, cuestionarios incompletos. Tamaño: 235, con IC 90%, con proporción 0.25 amplitud total del IC 0.10 Variables: Edad, sexo, IMC según OMS, Victimización, Agresión y autoestima.

RESULTADOS: Según la Escala de Agresión y Victimización en un 51.90% de la población presento una frecuencia baja a Victimización, mientras que dos terceras partes tuvo algún grado de agresión, siendo en su mayoría una frecuencia baja de agresión con un 73.60%. En la prueba de autoestima, una cuarta parte de tiene un nivel bajo y 72.8% para nivel medio de autoestima.

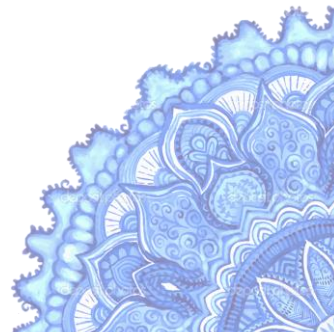
CONCLUSIONES: Con esta investigación se determinó que padecer sobrepeso y obesidad aumenta un 29.3% la probabilidad de sufrir bullying. En relación al sexo, el femenino tiende a ser tanto agresora como víctima en una proporción 2:1. Más de la mitad de las víctimas, también ejercen algún grado de agresión, estas tienden en un futuro convertirse en agresores. Tres cuartas partes tenían un nivel medio de autoestima, la asociación entre ser víctima de Bullying y ejercer agresión afecta su autoestima en solo una cuarta parte de nuestra población.

PALABRAS CLAVE: Sobrepeso y Obesidad en pediátricos. Bullying. Autoestima.





**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA
Y PRESENCIA DE BULLYING EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y
OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8+
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera
Director del Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar
No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinación Clínica de educación e investigación en salud y Profesor
Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ / UMF No. 8. “Dr.
Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

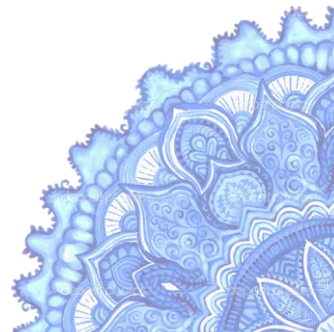
Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF
No. 8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS



Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud y Profesor
Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ / UMF No. 8. “Dr.
Gilberto Flores Izquierdo” IMSS
Director de Tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF
No. 8. IMSS.
Asesor Metodológico de Tesis

Dra. Alma Guadalupe Damken Robles
Especialista en Medicina Familiar Adscrita a la Unidad de Medicina
Familiar No. 140 IMSS
Subespecialista en Terapia Familiar
Asesora Clínica de Tesis

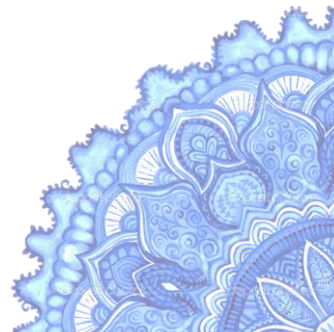




AGRADECIMIENTOS

- Gracias Dios por siempre estar en cada paso que doy.
- A mis padres: Muchas Gracias por su Apoyo, Paciencia, Amor y siempre creer en mi.
- A mi peke, mi novio y mejor amigo: Por su paciencia, amor y complicidad.
- Mi hermana Eloísa, Said y Emilio: Por su ayuda y apoyo incondicional.
- Dr. Espinoza y Dr. Vilchis: Por sus enseñanzas.
- A mi bebé hermoso perruno por su compañía incondicional.
- Y a todos mis compañeros y buenos amigos que me encontré en este camino llamado residencia.

A TODOS, GRACIAS !!!

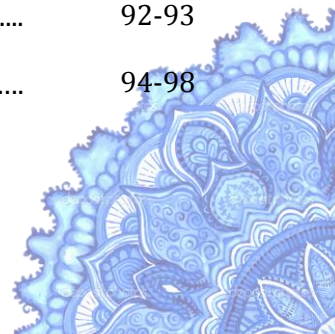




ÍNDICE

PÁGINAS

• Marco Teórico.....	8-14
• Antecedentes.....	15-16
• Planteamiento del Problema.....	17
• Justificación.....	18
• Objetivos: general / específico.....	19-20
• Hipótesis.....	21
• Tipo de estudio.....	22
• Diseño de la investigación	23
• Población, lugar y tiempo.....	24
• Muestra.....	25
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	26
• Variables.....	27
• Definición conceptual y operativa de las variables.....	28-35
• Diseño estadístico.....	36
• Instrumentos de recolección de datos.....	37-38
• Método de recolección de datos.....	39
• Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	40
• Cronograma.....	41
• Consideraciones éticas.....	42
• Recursos Humanos, materiales, físicos y financiamientos del estudio.....	43
• Resultados.....	44-81
• Discusiones.....	82-88
• Conclusiones.....	89-91
• Bibliografía.....	92-93
• Anexos.....	94-98



MARCO TEÓRICO

La obesidad es una enfermedad crónica originada por un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal con relación al valor esperado según el sexo, talla y edad. En los niños obesos la definición de obesidad puede no ser siempre precisa, debido a que muchas veces se observa también en ellos un aumento de la masa libre de grasa. En la práctica clínica actual, el índice más utilizado para el diagnóstico de obesidad es el índice de masa corporal (IMC). La principal limitación del IMC es la no distinción entre la masa grasa y la masa libre de grasa. (1)

Son numerosos los factores externos al niño que están involucrados en la patogénesis de la obesidad. Entre ellos destacan: el exceso de alimentación durante el período prenatal y de lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia monoparental, madre mayor de 35 años, familia numerosa), el nivel socioeconómico (clase social baja en los países desarrollados y clase social alta en países en vías de desarrollo), factores relacionados con el clima, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida. Un factor ambiental que se ha relacionado con un aumento de la obesidad en nuestra sociedad es ver la televisión durante muchas horas. Datos del National Health Examination Survey y también de nuestra propia experiencia (datos no publicados) han demostrado que el número de horas que se ve la televisión tiene una relación directa con el riesgo de obesidad. Además, en adolescentes, la televisión es el factor predictor de obesidad más importante y muestra un efecto dosis-respuesta. La televisión anuncia alimentos con alto contenido calórico (aperitivos) y los personajes de la televisión, en general, muestran unos hábitos alimentarios inadecuados. Por ello, los niños que ven más horas la televisión tienen más posibilidad de tomar aperitivos mientras están delante del televisor, y a la vez la televisión reemplaza las actividades al aire libre que consumen más energía, como los juegos o deportes. No obstante, si es imposible evitar este hábito es conveniente buscar la forma de realizar actividad física al mismo tiempo que se ve la televisión. (1)

Los factores de riesgo más importantes relacionados con la obesidad infantil incluyen: el peso de nacimiento, la obesidad de los progenitores, las horas dedicadas a la televisión, el rebote temprano de adiposidad y la duración del sueño. Otros factores conductuales asociados son el temperamento del niño, la frecuencia de pataletas y la preocupación de los padres por el peso del niño, entre otros. El estudio del consumo de alimentos a través de encuestas ha mostrado una alta variabilidad y un importante subregistro de la ingesta tanto en sujetos normopesos como obesos, especialmente en las dietas ricas en grasas.

Las limitaciones inherentes a la cuantificación de la ingesta alimentaria y la inconsistencia de los resultados en individuos obesos, han generado interés creciente por la evaluación de la conducta alimentaria. Se ha descrito que la conducta alimentaria en niños presenta una relativa estabilidad temporal que se equipara a otros rasgos estables de la personalidad. La investigación en conducta alimentaria infantil ha encontrado que el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación. Además de las influencias familiares, estudios en mellizos han descrito una importante influencia genética relacionada con la conducta y las preferencias alimentarias. El aumento de la prevalencia de obesidad y su creciente importancia dentro del perfil epidemiológico en América Latina, hace necesaria la actualización sobre tópicos aún poco conocidos como las influencias familiares en la conducta y las evidencias existentes sobre la relación entre la conducta alimentaria familiar y la obesidad infantil. (1)

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$). El sobrepeso infantil se establece a partir del percentil $>85 - <95$ en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del percentil >95 La obesidad infantil aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus. (2)

OBESIDAD COMO CAUSA DE MALTRATO

La obesidad en la niñez y la adolescencia tienen efectos perjudiciales inmediatos en el desarrollo psicosocial y bienestar general; puede tener consecuencias negativas a largo plazo incrementando los ataques de que son objeto al ser percibidos por sus iguales como personas de cuerpo tosco, indulgentes con sí mismas y perezosas. Los niños y los adolescentes tienen riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos, burlas e incluso agresión física que a menudo les hace víctimas de maltrato y marginación social, por los pares, principalmente en el ambiente escolar. (3)

Las consecuencias de este hostigamiento o acoso, conocido con “bullying” son la dificultad para tener amigos, el estrés emocional y el aislamiento; bajo rendimiento escolar, ausentismo y abandono de estudios, así como pobre adaptación psicosocial, lo que aumenta la ansiedad, los sentimientos depresivos, la soledad, la pérdida de autoestima y los problemas de conducta. Los varones experimentan estos problemas con mayor frecuencia que las mujeres; sin embargo, los niños con sobrepeso y los obesos son más propensos a comportarse como agresores que los niños con peso promedio. (3)

POSIBLES EXPLICACIONES DE LA ASOCIACIÓN ENTRE MALTRATO INFANTIL Y OBESIDAD

El antecedente de maltrato infantil puede aumentar o exacerbar riesgos psicosociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.

Una teoría propone que los alimentos sirven como mecanismo compensador en niños que han vivido una experiencia traumática o que viven en ambientes hostiles y que tienen deficiencias afectivas.

En un estudio a largo plazo, cerca del 80% de adultos jóvenes que había sido maltratado cumplía con criterios diagnósticos de al menos un trastorno psiquiátrico a la edad de 21 años; entre los padecimientos identificados había: depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria e intentos de suicidio. Otras condiciones psicológicas y emocionales identificadas fueron trastornos disociativos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno por estrés postraumático. ⁽³⁾

Un estudio de niños y adolescentes obesos mostró que alrededor del 36% de ellos (de ambos sexos) come en forma compulsiva y tiene baja autoestima.

Otro estudio de casos y controles realizado por Fairburn (1998) con mujeres comedoras compulsivas mostró un índice mayor de antecedente de abuso sexual (28.8%) y maltrato físico (21.2%) en el grupo de estudio y algunas cifras comparables con bulimia nervosa (35.3 y 32.4% respectivamente).

La depresión en niños y adolescentes es otro problema psiquiátrico relacionado con la obesidad de los adultos y una consecuencia común del maltrato. Un estudio con seguimiento de 1,037 pacientes desde su nacimiento hasta los 30 años de edad, mostró que el 7% de los niños entre los 11 y los 15 años de edad y el 27% en la adolescencia tardía, sufren depresión mayor. A los 26 años el 12% padecía obesidad y la depresión aumentó dos veces el riesgo de este problema de nutrición. ⁽⁴⁾

Entre las modificaciones neurobiológicas debidas a maltrato severo durante la infancia se ha descrito el desequilibrio del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales que suele manifestarse por secreción elevada de cortisol. Esta hormona promueve la diferenciación de precursores de adipocitos y estimula la lipogénesis en presencia de insulina.

Algunos estudios han hallado una relación directa entre los niveles altos de cortisol con índices cadera-cintura relativamente elevados en mujeres. Este desequilibrio puede tener influencia negativa que favorece conductas de mala adaptación. Se sugiere que se reduce la actividad de la vía 5-hidroxitriptamina (5-HT), la cual juega un papel importante en la regulación del apetito.

Otra explicación que se ha sugerido para esta asociación plantea a la obesidad como un mecanismo de adaptación. Algunas mujeres que sufrieron abuso sexual pueden volverse obesas como una forma de protección contra el acoso sexual de parejas potenciales no deseadas o de agresores. ⁽⁴⁾

AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES OBESOS

La palabra se compone de auto, que es un prefijo del griego autos; que significa “uno mismo”, “por sí mismo” y estima, que significa, “consideración”, “aprecio”, “valorar”, “considerar”.

Tener autoestima significa tener un concepto positivo de uno mismo, un sentimiento de que se es digno, agradable y competente.

Una forma de definir la autoestima se centra en las respuestas psicológicas que la persona sostiene de su self. Estas respuestas se describen normalmente como de naturaleza afectiva o basadas en el sentimiento, es decir, positivo versus negativo o aceptación versus rechazo.

Dicha autoestima se divide en baja autoestima y buena autoestima.

Baja autoestima se refiere a aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus facultades y que necesitan la aprobación de los demás ya que suelen tener diversos complejos, todo lo cual ocasiona un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. También se pueden encontrar pensamientos negativos, los que pueden conllevar la depresión. Por otra parte, la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio emocional, que son capaces de disfrutar situaciones sociales pero también de la soledad, que tienen una buena autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos y buena motivación. ⁽⁵⁾

Relacionado con lo anterior, 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 cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha 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 peso. ⁽⁵⁾

Una forma eficaz de medir el Autoestima es con la Prueba de Autoestima para Adolescentes (Caso & Hernández-Guzmán, 2001), escala conformada por 21 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con un índice de confiabilidad alfa = 0.88, y agrupados en cuatro factores: Cogniciones sobre sí mismo, Cogniciones de competencia, Relación familiar y Enojo. Los reactivos cuentan con cinco opciones de respuesta (siempre, usualmente, algunas veces, rara vez, nunca) y se califican con 5 las respuestas que impliquen expresiones relacionadas con una alta autoestima y con 1 las que impliquen baja autoestima. Una calificación alta en la escala, representa una mayor autoestima.

EL BULLYING

Es una palabra proviente del vocablo holandés que significa acoso.

El primero que empleó el término "bullying" en el sentido de acoso escolar en sus investigaciones fue Dan Olweus, quien implantó en la década de los '70 en Suecia un estudio a largo plazo que culminaría con un completo programa antiacoso para las escuelas de Noruega.

Anteriormente esta palabra no era tan comentada, pero debido al incremento alarmante en casos de persecución y agresiones que se están detectando en las escuelas, lo que lleva a muchos escolares a vivir situaciones verdaderamente aterradoras, es que ahora se está hablando más del tema. ⁽⁶⁾

El bullying está presente en casi cualquier lugar, no es exclusivo de algún sector de la sociedad o respecto al sexo, aunque en el perfil del agresor sí se aprecia predominancia en los varones. Tampoco existen diferencias en lo que respecta a las víctimas.

El agresor acosa a la víctima cuando está solo, en los baños, en los pasillos, en el comedor, en el patio. Por esta razón los maestros muchas veces ni por enterados están. Sin embargo no se trata de un simple empujón o comentario, se trata de una situación que si no se detiene a tiempo puede provocar severos daños emocionales a la víctima. ⁽⁷⁾

Esta práctica que se vuelve frecuente en los niveles de secundarias y preparatorias públicas o privadas de México, en otras partes del mundo se está adaptando a la tecnología dando como resultado el cyber bullying, es decir, el acoso a través de Internet específicamente en páginas web, blogs o correos electrónicos. ⁽⁸⁾

TIPOS:

- Sexual: Es cuando se presenta un asedio, inducción o abuso sexual.
- Exclusión social: Cuando se ignora, se aísla y se excluye al otro.
- Verbal: Insultos y menosprecios en público para poner en evidencia al débil.
- Psicológico: En este caso existe una persecución, intimidación, tiranía, chantaje, manipulación y amenazas al otro.

- Físico: Hay golpes, empujones o se organiza una paliza al acosado.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS:

Personales: Un niño que actúa de manera agresiva sufre intimidaciones o algún tipo de abuso en la escuela o en la familia.

Adquiere esta conducta cuando es frecuentemente humillado por los adultos. Se siente superior, ya sea porque cuenta con el apoyo de otros atacantes o porque el acosado es un niño con muy poca capacidad de responder a las agresiones.

Familiares: El niño puede tener actitudes agresivas como una forma de expresar su sentir ante un entorno familiar poco afectivo, donde existen situaciones de ausencia de algún padre, divorcio, violencia, abuso o humillación ejercida por los padres y hermanos mayores; tal vez porque es un niño que posiblemente vive bajo constante presión para que tenga éxito en sus actividades o por el contrario es un niño sumamente mimado. ⁽⁸⁾

Todas estas situaciones pueden generar un comportamiento agresivo en los niños y llevarles a la violencia cuando sean adolescentes.

En la escuela: Cuanto más grande es la escuela hay mayor riesgo de que haya acoso escolar, sobre todo si a este factor se le suma la falta de control físico, vigilancia y respeto; humillación, amenazas o la exclusión entre personal docente y alumnos. ⁽⁸⁾

Por otro lado los nuevos modelos educativos a que son expuestos los niños como la ligereza con que se tratan y ponen en práctica los valores, la ausencia de límites y reglas de convivencia, han influenciado para que este tipo de comportamiento se presente con mayor frecuencia.

INSTRUMENTO QUE MIDE BULLYING: ESCALAS DE AGRESIÓN Y VICTIMIZACIÓN

Se tradujeron al español de su versión en inglés las Escalas de Agresión (11 ítems) y de Victimización (10 ítems), las cuales fueron diseñadas por Orpinas & Frankowski en el 2001.

Estas escalas de autorreporte miden conductas de agresión física y verbal entre estudiantes. Los encuestados deben indicar cuántas veces realizaron cada una de las conductas (Escala de Agresión) o fueron víctimas de estas conductas (Escala de Victimización) durante la semana anterior a la encuesta. Cada ítem tiene siete categorías de respuesta que van desde *0 veces* a *6 ó más veces*. Estas respuestas son sumativas, por lo que el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 66.

El examinador entrega las instrucciones para responder oralmente. La consigna general es: “Contesta las siguientes preguntas pensando en lo que realmente te pasó a ti en los últimos 7 días”.

Para la Escala de Agresión, la consigna específica es: “Para cada pregunta, marca cuántas veces hiciste eso en los últimos 7 días” y para la Escala de Victimización, “Para cada pregunta, marca cuántas veces otro estudiante te hizo algo en los últimos 7 días”. Esta ventana de tiempo relativamente corta permite reducir sesgos asociados con el recuerdo.

En su versión original en inglés, la Escala de Agresión ha mostrado una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach = .87 con una muestra de $n = 253$ y .88 con una muestra de $n = 8695$). En relación a su estructura interna, el análisis exploratorio de máxima verosimilitud indicó dos factores. El primer factor de nueve ítems, denominado Agresión Física y Verbal, explicó el 40,6% de la varianza. El segundo factor de dos ítems explicó un 5,0% adicional de la varianza total. La correlación entre ambos factores fue de .50. El análisis factorial confirmatorio incluyó estos dos factores, y los índices de ajuste del modelo fueron satisfactorios, con un RMR (*Root Mean-Square Residuals*) bajo (.037) y un GFI (*Goodness-of-Fit Index*) alto (.94). Los autores concluyeron que las cargas factoriales estandarizadas comparables entre ambos factores, así como la alta correlación entre los factores, justificaban el incluir ambos componentes bajo una misma escala, y utilizar la escala como medida de un único constructo.

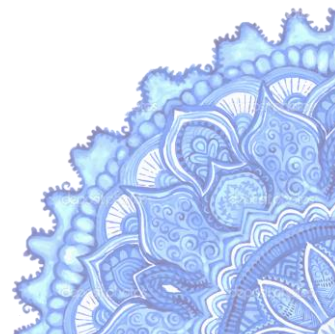
Para la obtención de los resultados según el puntaje es lo siguiente: 0: Nula frecuencia ser agresor, 1-22: Baja frecuencia, 23-44 puntos: Mediana frecuencia. 45-66 puntos: Alta frecuencia.

La escala de Victimización fue publicada originalmente en el documento del Centers of Disease Control and Prevention. Compuesta por 10 preguntas de las cuales cada ítem tiene siete categorías de respuesta que van desde 0 veces a 6 ó más veces. Estas respuestas son sumativas, por lo que el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 60.

Esta escala esta compuesta por 10 ítems: Cuadro ítems miden victimización física y seis miden victimización verbal. Cada ítem representa un episodio de victimización por otros estudiantes durante la semana previa a la aplicación.

Esta formada la consistencia interna de los puntajes obtenidos con estudiantes latinos en Estados Unidos de América fue alta (α de Cronbach = .87) (Low et al., 2005). No se ha publicado previamente el resultado del análisis factorial con el fin de estudiar la estructura interna de esta escala. La Escala de Victimización es una extensión de la Escala de Agresión (Orpinas & Frankowski, 2001).

Para la obtención de los resultados según el puntaje es lo siguiente: 0 Puntos Nula frecuencia a la Victimización, 1-20 baja frecuencia a la victimización, 21-40 puntos mediana frecuencia a la victimización y de 41-60 puntos alta frecuencia.



ANTECEDENTES

OBESIDAD INFANTIL Y AUTOESTIMA

La obesidad es un problema que preocupa no sólo a México sino también a todo el mundo.

En España se ha realizado un estudio de prevalencia que analiza la población infantil desde 1998 a 2000, escogiendo como criterio de sobrepeso y obesidad el índice de masa corporal superior al percentil 85 y 95 respectivamente, y ha encontrado una prevalencia de obesidad del 13,9%. Si se considera de forma conjunta la obesidad y el sobrepeso, esta cifra de prevalencia asciende al 26,4%.⁽⁹⁾

En las sociedades occidentales se puede considerar como el trastorno nutricional más frecuente. Según estimaciones mundiales al año 2004, de la International Obesity Task Force, uno de cada diez niños en edad escolar presenta sobrepeso y el 3% de los niños entre 5 y 17 años presentan obesidad.

En la Argentina, varios estudios realizados en distintas regiones del país sobre la prevalencia de obesidad en grupos escolares han demostrado que este síndrome parece constituir un problema ya instalado desde temprana edad y con cifras comparables a las de otros países que tienen vigilancia epidemiológica. Un trabajo regional realizado en una muestra de 1743 niños de 6 a 14 años arrojó una prevalencia de obesidad del 13%⁽¹⁰⁾

La obesidad es una problemática que concierna a cualquier país y sobre todo a los países en desarrollo como México. Los estudios evidencian que el sobrepeso y la obesidad se asocian con riesgos de incrementar enfermedades del corazón, arterioesclerosis y diabetes mellitus, incluso a edades más tempranas de las que podría pensarse. Se trata de una enfermedad compleja y multifactorial que puede iniciarse en la infancia, y se caracteriza por un exceso de grasa corporal que coloca al individuo en una situación de riesgo para la salud.

Relacionado con lo anterior, 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 cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha 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 peso.⁽⁵⁾

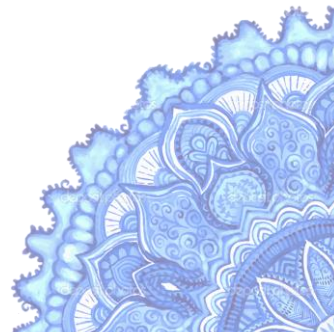
En muchos estudios de casos, repetidamente se han identificado trastornos depresivos, ansiosos, insatisfacción con su imagen corporal y baja autoestima en niños obesos. Esta frecuencia es superior en chicas que en chicos y se incrementa con la edad, se incrementa cuando se asocia al antecedente de obesidad en los padres aun cuando no se ha podido demostrar en lactantes obesos un incremento en el riesgo de obesidad adulta ni en la morbilidad asociada a la obesidad infantil. También señala que del 8 al 13% (riesgo atribuible) de las obesidades adultas podrían haber ido evitadas si se hubieran tratado en la infancia ya que la mayoría fueron obesidades de instauración en la edad adulta. Sin embargo, dado el sesgo de selección presente en las muestras, los resultados no pueden ser extrapolados a todos los menores obesos ya que estas investigaciones fueron realizadas en niños obesos que asisten a consultan por esa causa. ⁽¹³⁾

OBESIDAD INFANTIL Y BULLYING

La obesidad se extiende a un ritmo alarmante no sólo en los países industrializados, sino también en los países en desarrollo. Esto se ve relacionado con datos de la Organización Mundial de la Salud (2004), que informa que al menos 300 millones de personas padecen obesidad en el orbe, y que ésta es una condición compleja que acarrea graves problemas sociales y psicológicos y afecta a todas las edades y estratos socioeconómicos. ⁽¹⁵⁾

Según el estudio de Obesidad y Bullying: Diferentes efectos en niñas y niños. Menciona como conclusión que la obesidad es un predictivo para un ambiente lleno de bullying tanto para niños como para niñas. Los preadolescentes obesos tanto del sexo masculino, como femenino son más propensos a ser víctimas porque es más importante para ellos la apariencia física. Mientras que otro grupo de pacientes obesos presenta tendencia a ser Agresores (Bullers), esto aparentemente es secundario a su apariencia física más dominante que el resto de sus compañeros.

Las consecuencias de este hostigamiento o acoso, conocido con "bullying" son la dificultad para tener amigos, el estrés emocional y el aislamiento; bajo rendimiento escolar, ausentismo y abandono de estudios, así como pobre adaptación psicosocial, lo que aumenta la ansiedad, los sentimientos depresivos, la soledad, la pérdida de autoestima y los problemas de conducta. Los varones experimentan estos problemas con mayor frecuencia que las mujeres; sin embargo, los niños con sobrepeso y los obesos son más propensos a comportarse como agresores que los niños con peso promedio.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México, somos el primer lugar en obesidad infantil. El problema central que esto trae como consecuencia no solo es a nivel orgánico que trae esta enfermedad desde temprana edad, si no a nivel psicológico, dañando el autoestima, trayendo que estos adolescentes y niños obesos sufran de Bullying.

Por lo tanto, se formula la siguiente pregunta a investiga:

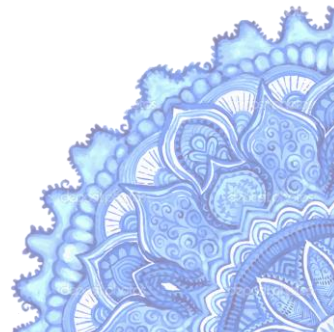
¿CUÁL ES EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y PRESENCIA DE BULLYING EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”?

JUSTIFICACIÓN

Siempre ha existido la obesidad en poblaciones en todas las edades, sin embargo, en las últimas décadas, la obesidad y el bullying se han convertido en uno de los principales de salud pública, sobre todo en los países más desarrollados y su prevalencia está aumentando en la población infantil. En México estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%).

Los medios de comunicación ejercen una gran influencia en los niños especialmente la industria de la televisión, que en gran medida afecta a los niños siendo víctimas de la publicidad indiciéndolos a consumir todo tipo de alimento.

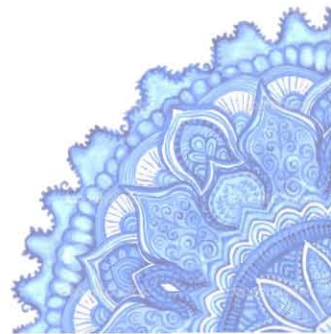
La presencia del bullying en adolescentes y niños siempre ha existido, sin embargo, en los últimos años, el grado de violencia ha aumentado. Repercutiendo directamente en su Autoestima. Sin embargo hasta el momento no ha existido ninguna investigación similar a nivel nacional.





OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de autoestima y presencia de bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”



OBJETIVO ESPECÍFICO

- Evaluar el grado de autoestima en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad por medio de la prueba de autoestima para niños y adolescentes.
- Determinar la presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad según la escala de agresión y victimización adaptadas al español.

HIPÓTESIS

Se realizó hipótesis descriptiva con fines de enseñanza:

HIPOTESIS NULA

- **H0:** Los pacientes en edad pediátrica con sobrepeso y obesidad no sufren bullying ni alteración en el autoestima, del HGZ/UMF No. 8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPOTESIS ALTERNA

- **H1:** Los pacientes en edad pediátrica con sobrepeso y obesidad sufren bullying y alteración en el autoestima del HGZ/UMF No. 8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se incluyó a pacientes que asistieron al servicio de consulta externa de medicina familiar y de urgencias pediatría del HGZ/UMF#8 “Gilberto Flores Izquierdo” como pacientes o acompañantes durante los meses enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2014 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

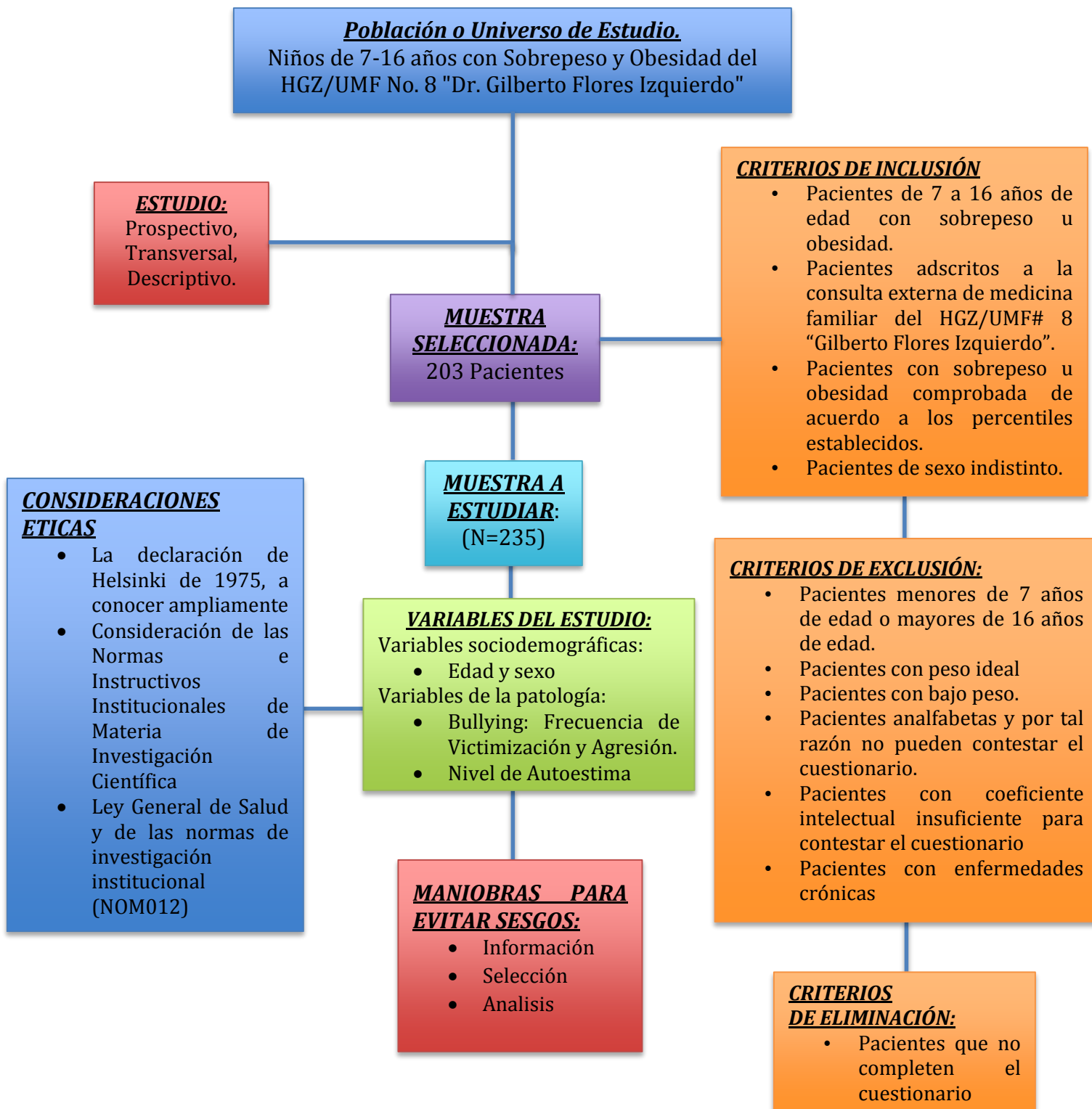
Previo conocimiento informado, se les aplicó la escala de victimización y agresión adaptadas al español, desarrollado para medir la presencia de Bullying en niños y adolescentes, Y Prueba de autoestima de niños y adolescentes se aplicaran los cuestionarios por medio del médico residente, encontrado en anexo (1 y 2).

Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes adscritos a este servicio para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS 21.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Prospectivo: La información se recogió después de la planeación de la investigación.
- Transversal: Se utilizó una sola medición.
- Descriptivo: Se cuenta con una sola población para describir el fenómeno a investigar.
- Observacional: La investigación solo describió el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ

POBLACIÓN DE TRABAJO

Se realizó el estudio en todos los pacientes de 7 a 16 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar y urgencias pediatría como pacientes o acompañantes con sobrepeso u obesidad que cumplan los criterios de inclusión, aplicándose el cuestionario para medir Bullying y autoestima a ellos, en un periodo comprendido de Enero a Mayo del 2014 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Se desarrolló en el área de consulta externa de medicina familiar y urgencias pediatría del HGZ/UMF# 8 “Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS. Es una población urbana.

Dirección del hospital: Avenida Rio Magdalena número 289, colonia Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, México DF. Cp. 01090.

TIEMPO EN EL QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

El presente trabajo se realizó en un tiempo comprendido entre marzo del 2013 a mayo del 2014.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo fue con una variable dicotómica, requirió 203 pacientes, con una proporción esperada de 0.25, con un intervalo de confianza del 90% y con una amplitud de intervalo de confianza del 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

$$W^2$$

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 7 a 16 años de edad con sobrepeso u obesidad.
- Pacientes adscritos a la consulta externa de medicina familiar y urgencias pediatría del HGZ/UMF# 8 “Gilberto Flores Izquierdo”.
- Pacientes con sobrepeso u obesidad comprobada de acuerdo a los percentiles establecidos.
- Pacientes de sexo indistinto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 7 años de edad o mayores de 17 años de edad.
- Pacientes con peso ideal.
- Pacientes con bajo peso.
- Pacientes analfabetas y por tal razón no pueden contestar el cuestionario.
- Pacientes con coeficiente intelectual insuficiente para contestar el cuestionario.
- Pacientes con enfermedades crónicas, que afecten el estado nutricional.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no completaron el cuestionario.

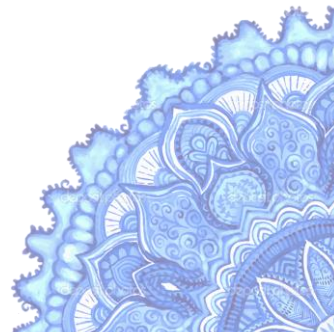
ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Sobrepeso
- Obesidad

VARIABLE DEPENDIENTE

- Bullying (Victimización /Agresión)
- Autoestima

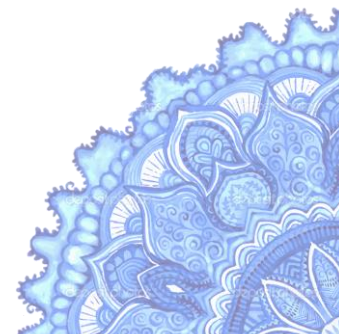


DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

SOCIODEMOGRÁFICAS / UNIVERSALES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Nombre	Denominación de carácter verbal que se le atribuye a un individuo, un animal o un objeto o a cualquier otra entidad, con el propósito de individualizarlo y reconocimiento frente a otros
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos que dan por resultado la especialización de organismos en variedades mujer u hombre.
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.
Religión	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano.
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia en una escuela para estudiar y recibir enseñanza adecuada.
Tutor	Persona que se encarga de la tutela de una persona, en especial la nombrada para encargarse de los bienes de un menor o de una persona con incapacidad mental y para representarlos en los actos jurídicos.
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.
Peso	La masa es aquella magnitud física que nos permite indicar la cantidad de materia que contiene un cuerpo, en tanto, la unidad de masa en el Sistema Internacional de Unidades y Medidas es el kilogramo o kg.
Talla	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo (vértex). La medida se expresa en centímetros (cm), con una precisión de 1 mm.

ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ

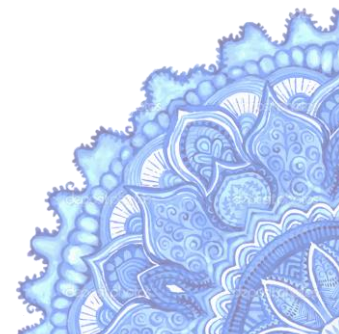


DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

PATOLOGÍA PRINCIPAL

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Índice de Masa Corporal (IMC)		Medida de asociación entre peso y talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).
Percentil		Son los valores que dividen un conjunto ordenado de datos en cien partes iguales
Sobrepeso y Obesidad según percentil de IMC (OMS)	Sobrepeso	Es una condición donde el exceso de grasa corporal afecta negativamente la salud o bienestar de un niño. Según su IMC a partir del percentil 85 y antes de la 95.
	Obesidad	Es una condición donde el exceso de grasa corporal afecta negativamente la salud o bienestar de un niño. Según Percentil del IMC para la OMS: Mayor de 95.
Autoestima		Es un sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser que se desarrolla desde la infancia, a partir de las experiencias del niño y de su interacción con los demás.
Bullying (Victimización)		Acoso escolar es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado.
Agresión		Acción violenta que realiza una persona con la intención de causar un daño a otra.

ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ



ESPECIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

Variable independiente:

- Sobrepeso: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.
- Obesidad: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

Variable dependiente:

- Bullying (Victimización/Agresión): Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.
- Autoestima: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

1.- SOCIODEMOGRÁFICAS:

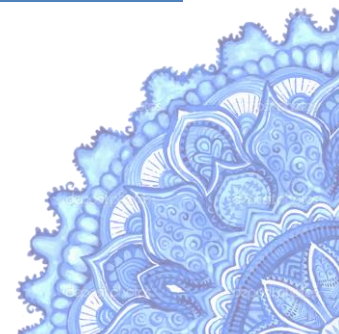
NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Nombre	Cualitativa	Textual	Nombre
Edad del paciente	Cuantitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 7-9 años 2. 10-12 años 3. 13-15 años 4. 16-18 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria
Religión	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Cristiana 3. Ninguna
Parentesco (Tutor)	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madre 2. Padre 3. Abuelo (a) 4. Otro
Edad del tutor	Cuantitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20-30 años 2. 31-40 años 3. 41-50 años 4. Más de 51 años
Estado Civil del tutor	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Divorciado (a) 4. Viudo (a) 5. Unión libre 6. Separado (a)

Peso	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Talla	Cuantitativa	Continua	Números enteros

ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ

2.- DE LA PATOLOGÍA / INSTRUMENTOS:

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
SOBREPESO Y OBESIDAD			
Edad de Inicio de Sobrepeso y Obesidad	Cuantitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconoce 2. < 1 año 3. 1-3 años 4. 4-6 años 5. 7-9 años 6. >10 años
IMC Percentil según OMS	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobrepeso 2. Obesidad
BULLYING (VICTIMIZACIÓN / AGRESIÓN)			
Sufrieron violencia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
Quien ejerció la violencia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compañeros 2. Maestros 3. Ambos
Ejercieron violencia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
Frecuencia de Victimización	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nula 2. Baja 3. Mediana 4. Alta

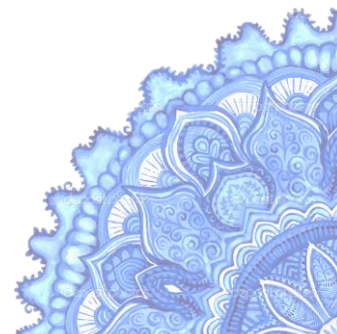


Frecuencia de Agresión	Cualitativa	Ordinal	1. Nula 2. Baja 3. Mediana 4. Alta
-------------------------------	-------------	---------	---

AUTOESTIMA

Nivel de autoestima	Cualitativa	Ordinal	1. Bajo 2. Medio 3. Alto
----------------------------	-------------	---------	--------------------------------

ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ



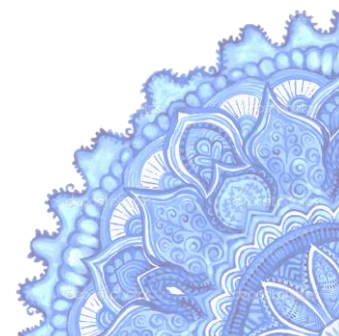
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

3.- DEL INSTRUMENTO: ESCALA DE AGRESIÓN Y VICTIMIZACIÓN DE ORFELAS PAMELA 2001

ESCALA DE AGRESIÓN

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLES
RESULTADO			
Frecuencia de Victimización	Cualitativa	Ordinal	1. Nula 2. Baja 3. Mediana 4. Alta
Frecuencia de Agresión	Cualitativa	Ordinal	5. Nula 6. Baja 7. Mediana 5. Alta

ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ



PRUEBA DE AUTOESTIMA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CASO Y HERNANDEZ-GUZMAN 2001.

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLES
Cogniciones sobre sí mismo	Cualitativa	Nominal	1.- Siempre 2.- Usualmente 3.- Algunas veces 4.- Nunca
Cogniciones de competencia	Cualitativa	Nominal	1.- Siempre 2.- Usualmente 3.- Algunas veces 4.- Nunca
Relación familiar	Cualitativa	Nominal	1.- Siempre 2.- Usualmente 3.- Algunas veces 4.- Nunca
Enojo	Cualitativa	Nominal	1.- Siempre 2.- Usualmente 3.- Algunas veces 4.- Nunca

RESULTADO

Nivel de autoestima	Cualitativa	Ordinal	1. Bajo 2. Medio 3. Alta
----------------------------	-------------	---------	--------------------------------

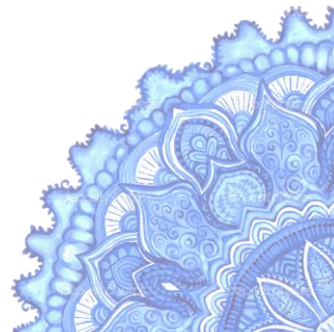
ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ





DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Mac. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. Frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia del 25%.



INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

A los pacientes que se les corroboró el diagnóstico se les aplicó el cuestionario.

Se aplicó **la Prueba de Autoestima para Niños y Adolescentes** (Caso & Hernández-Guzmán, 2001), escala conformada por 21 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con un índice de confiabilidad alfa = 0.88, y agrupados en cuatro factores: Cogniciones sobre sí mismo, Cogniciones de competencia, Relación familiar y Enojo. Los reactivos cuentan con cinco opciones de respuesta (siempre, usualmente, algunas veces, rara vez, nunca) y se califican con 5 las respuestas que impliquen expresiones relacionadas con una alta autoestima y con 1 las que impliquen baja autoestima. Una calificación alta en la escala, representa una mayor autoestima.

También se aplicó **Escalas de Agresión y Victimización de Orpinas y Frankowski en 2001**

Se tradujeron al español de su versión en inglés las Escalas de Agresión (11 ítems) y de Victimización (10 ítems), las cuales fueron diseñadas por Orpinas & Frankowski en el 2001.

Estas escalas de autorreporte miden conductas de agresión física y verbal entre estudiantes. Los encuestados deben indicar cuántas veces realizaron cada una de las conductas (Escala de Agresión) o fueron víctimas de estas conductas (Escala de Victimización) durante la semana anterior a la encuesta. Cada ítem tiene siete categorías de respuesta que van desde *0 veces* a *6 ó más veces*. Estas respuestas son sumativas, por lo que el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 66.

El examinador entrega las instrucciones para responder oralmente. La consigna general es: “Contesta las siguientes preguntas pensando en lo que realmente te pasó a ti en los últimos 7 días”. Para la Escala de Agresión, la consigna específica es: “Para cada pregunta, marca cuántas veces hiciste eso en los últimos 7 días” y para la Escala de Victimización, “Para cada pregunta, marca cuántas veces otro estudiante te hizo algo en los últimos 7 días”. Esta ventana de tiempo relativamente corta permite reducir sesgos asociados con el recuerdo.

En su versión original en inglés, la Escala de Agresión ha mostrado una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach = .87 con una muestra de $n = 253$ y .88 con una muestra de $n = 8695$). En relación a su estructura interna, el análisis exploratorio de máxima verosimilitud indicó dos factores. El primer factor de nueve ítems, denominado Agresión Física y Verbal, explicó el 40,6% de la varianza. El segundo factor de dos ítems explicó un 5,0% adicional de la varianza total. La correlación entre ambos factores fue de .50.

El análisis factorial confirmatorio incluyó estos dos factores, y los índices de ajuste del modelo fueron satisfactorios, con un RMR (*Root Mean-Square Residuals*) bajo (.037) y un GFI (*Goodness-of-Fit Index*) alto (.94). Los autores concluyeron que las cargas factoriales estandarizadas comparables entre ambos factores, así como la alta correlación entre los factores, justificaban el incluir ambos componentes bajo una misma escala, y utilizar la escala como medida de un único constructo.

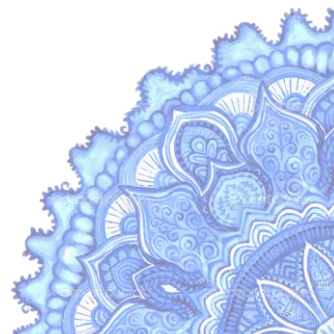
Para la obtención de los resultados según el puntaje es lo siguiente: 0: Nula frecuencia ser agresor, 1-22: Baja frecuencia, 23-44 puntos: Mediana frecuencia. 45-66 puntos: Alta frecuencia.

La escala de Victimización fue publicada originalmente en el documento del Centers of Disease Control and Prevention. Compuesta por 10 preguntas de las cuales cada ítem tiene siete categorías de respuesta que van desde *0 veces* a *6 ó más veces*. Estas respuestas son sumativas, por lo que el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 60.

Esta escala esta compuesta por 10 ítems: Cuadro ítems miden victimización física y seis miden victimización verbal. Cada ítem representa un episodio de victimización por otros estudiantes durante la semana previa a la aplicación.

Esta formada la consistencia interna de los puntajes obtenidos con estudiantes latinos en Estados Unidos de América fue alta (α de Cronbach = .87) (Low et al., 2005). No se ha publicado previamente el resultado del análisis factorial con el fin de estudiar la estructura interna de esta escala. La Escala de Victimización es una extensión de la Escala de Agresión (Orpinas & Frankowski, 2001).

Para la obtención de los resultados según el puntaje es lo siguiente: 0 Puntos Nula frecuencia a la Victimización, 1-20 baja frecuencia a la victimización, 21-40 puntos mediana frecuencia a la victimización y de 41-60 puntos alta frecuencia.



MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio participaron pacientes o acompañantes que acudieron a la consulta externa del servicio de medicina familiar y urgencias pediatría del HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, con el diagnóstico de sobrepeso, obesidad según el IMC de acuerdo a la clasificación de la OMS. Los pacientes y sus tutores que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, se les informó ampliamente en qué consistía el estudio de investigación. Una vez que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado. Ver anexo (4).

Posteriormente se realizó interrogatorio directo acerca de la ficha de identificación. Una vez corroborado el diagnóstico de sobrepeso, obesidad y obesidad grave, se les proporcionara a los pacientes las escalas de Agresión / Victimization y prueba de autoestima para niños y adolescentes para su contestación. Por último se procedió a realizar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

SESGO DE INFORMACIÓN: Se realizó una revisión sistemática de la literatura, en Medicina Basada en Evidencia, siendo confiable la utilización de ambos instrumentos.

DE SELECCIÓN: Se aplicó la encuesta de agresión entre pares y la prueba de autoestima para niños y adolescentes, mayores de 10 años y a su tutor quienes pueden leerla. Si el administrador de la prueba sospechaba que el nivel de lectura era inadecuado, debió trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto leyera el enunciado en voz alta y seleccionara en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tenía dificultades para leer la primera pregunta, se interrumpió la aplicación de la prueba.

La prueba se realizó en 30 minutos. Durante la aplicación de los cuestionarios, es importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas. Los pacientes y sus tutores fueron informados de que no necesitaban responder a una pregunta que no quisieran o no supieran contestar. El examinador debía decir: “Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta”.

DE ANÁLISIS: El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, se explicó que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntó el significado de una palabra, si era posible, se le dio la definición del cuestionario. El examinador revisó la prueba, para asegurar que solo una de las respuestas alternativas hubiera sido señalada para cada pregunta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN NO. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

TITULO DEL PROYECTO: "NIVEL DE AUTOESTIMA Y PRESENCIA DE BULLYING EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

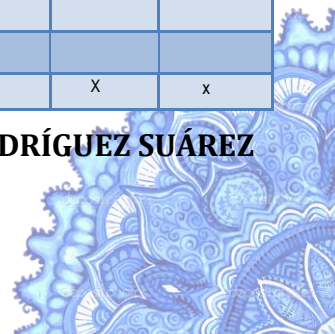
2013

FECHA	MAR 13	ABRIL 13	MAY 13	JUN 13	JUL 13	AGO 13	SEP 13	OCT 13	NOV 13	DIC 13	ENE 14	FEB 14
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO					X							
ANALISIS ESTADISTICO						X	X					
CONSIDERACIONES ETICAS								X				
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA									X			
ASPECTOS GENERALES										X		
ACEPTACION											X	X

2014 - 2015

FECHA	MAR 14	ABRIL 14	MAY 14	JUN 14	JUL 14	AGO 14	SEP 14	OCT 14	NOV 14	DIC 14	ENE 15	FEB 15
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X										
RECOLECCION DE DATOS			X									
ALMACENAMIENTO DE DATOS			X									
ANALISIS DE DATOS				X								
DESCRIPCION DE DATOS					X							
DISCUSION DE DATOS						X						
CONCLUSION DEL ESTUDIO						X						
INTEGRACION Y REVISION FINAL							X					
REPORTE FINAL								X				
AUTORIZACIONES									X			
IMPRESIÓN DEL TRABAJO										X		
PUBLICACION											X	X

ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ



CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

La presente investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, garantizando a los pacientes entrevistados el mejor método diagnóstico y tratamiento con el que cuenta esta institución. Asimismo se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interfería de ningún modo con la relación médico/paciente.

Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del paciente con confirmación diagnóstica de sobrepeso, obesidad y obesidad grave y toda la información se manejara de forma confidencial y con fines de investigación. Anexo (4)

Consideración de las Normas e Instructivos Institucionales de Materia de Investigación Científica

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional (NOM012) y aceptado por el comité local de investigación.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Los recursos utilizados en la presente investigación se mencionan en la siguiente tabla:

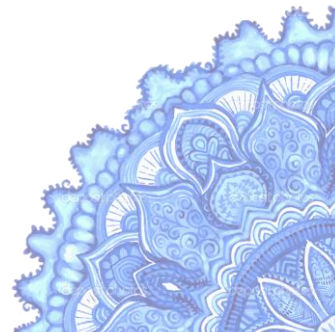
TÍTULO	TIPO	CANTIDAD
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1
	Impresora	1
	Tinta para impresora	2
	Hojas blancas	900
	Lápices	10
	Internet	1
	Fotocopias	900
	Calculadora	1
	Programa SPSS	1
	FINANCIAMIENTO	El estudio será financiado por la investigadora

ELABORÓ: ALICIA MAYTE RODRÍGUEZ SUÁREZ

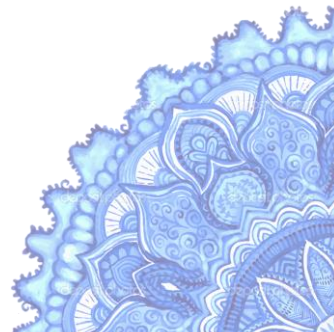
RESULTADOS

- Se estudiaron 235 pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, de los cuales con respecto al sexo se obtuvo; 144 (61.3%) femenino y 91 (38.7%) masculino. (Ver tabla 1 y grafica 1).
- En cuanto a la edad de presentación, se encontró como mínimo 7 años y máximo 16 años, media 9.98 años con una desviación estándar de 2.25 años.
- En el rubro a la edad en años por rango; se obtuvo 117 (49.8%) 7-9 años, 81 (34.5%) 10-12 años, 35 (14.9%) 13-15 años, 2 (0.9%) 16-18 años. (Ver tabla 2 y grafica 2)
- Mientras que escolaridad se encontró; 175 (74.5%) primaria, 54 (23%) secundaria, 6 (2.6%) preparatoria. (Ver tabla 3 y grafica 3)
- En el apartado de religión se evidencio; 208 (88.5%) católica, 21(8.9%) cristiana y 6 (2.6%) ninguna. (Ver tabla 4 y gráfico 4).
- Se estudió el sexo del familiar en donde se halló, 193(82.1%) femenino y 42 (17.9%) masculinos. (Ver tabla 5 y gráfica 5)
- En la instancia del parentesco del paciente se descubrió; 182 (77.4%) madre, 43 (18.3%) padre, 8 (3.4%) abuelo (a) y 2 (0.9%) otro. (Ver tabla 6 y gráfica 6)
- Se analizó la edad del familiar, dando como resultado; 107 (45.5%) de 31-40 años, 71 (30.2%) 20-30 años, 50 (21.3%) 41-50 años y 7 (3%) mayores de 51 años. (Ver tabla 7 y gráfica 7).
- Según el estado civil encontrado del familiar es; 36 (15.3%) soltero, 103 (43.8%) casado, 27 (11.5%) divorciado, 4 (1.7%) viudo, 53 (22.6%) Union libre y 12 (5.1%) separado. (Ver tabla 8 y gráfica 8).
- Así tambien se indago sobre algunos datos generales con respecto a la percepcion del tutor sobre algunos aspectos generales. Donde hallamos a que edad el tutor noto el inicio de obesidad: 29 (12.3%) desconoce, 18 (7.7%) menor de 1 año, 38 (16.2%) 1-3 años, 79 (33.6%) 4-6 años, 50 (21.3%) 7-9 años, finalmente 21 (8.9%) mayor de 10 años. (Ver tabla 9 y gráfica 9)
- En el apartado si sufrio violencia se descubrió; 166 (70.6%) sí la presento, mientras que 69 (29.4%) no la sufrio. (Ver tabla 10 y gráfica 10)
- En el encabezado de aquellos que sí sufrieron violencia y quien fue el agresor se obtuvo; 128 (54.5%) compañeros, 28 (11.9%) Ambos y 10 (4.3%) de Maestros. (Ver tabla 11 y gráfica 11)

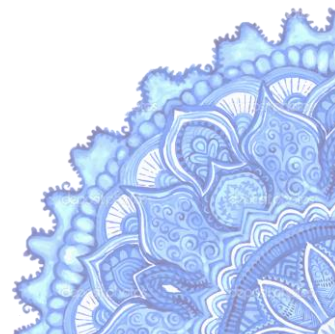
- En cuanto a si ejerció Violencia (es agresor) dio como resultado; 186 (79.1%) no la ejerció por lo contrario, 49 (20.9%) si la ejerció. (Ver tabla 12 y gráfica 12)
- En peso, como valor mínimo de 27 kg, máximo de 87 kg, media de 47.3 kg y la desviación estandar de 12.9 kg. Es de tomar en cuenta que la variación de peso es en relación a la edad pediátrica de los pacientes.
- Según el resultado de la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se obtuvo: 114 (48.5%) Sobrepeso, mientras que 121 (51.5%) Obesidad. (Ver tabla 13 y gráfica 13)
- El nivel de autoestima encontrado fue: 60 (25.5%) nivel bajo de autoestima, 171 (72.8%) nivel medio de autoestima y por último 4 (1.7%) alto nivel de autoestima. (Ver tabla 14 y gráfica 14)
- Para la frecuencia de agresión: 33 (14%) frecuencia nula, 173(73.6%) frecuencia baja, 28 (11.9%) frecuencia mediana, 28 (11.9%) y para finalizar 1 (0.4%) alta frecuencia de agresión. (Ver tabla 15 y gráfica 15)
- Mientras que se encontró para la frecuencia de victimización: 8 (3.4%) nula frecuencia, 122 (51.9%) baja frecuencia, 87 (37%) mediana frecuencia, finalmente 18 (7.7%) alta frecuencia a victimización. (Ver tabla 16 y gráfica 16)
- En la relación entre sexo y la clasificación de IMC (OMS) se evidencio lo siguiente: en el sexo femenino 78 (33.2%) sobrepeso, 66 (28.1%) obesidad. Por otro lado en el sexo masculino 36 (15.3%) sobrepeso y 55 (23.4%) obesidad. (Ver tabla 17 y gráfica 17).
- En el rubro de rangos de edad y clasificación de IMC (OMS) nos mostró: 7-9 años 61 (26%) sobrepeso, 56 (23.8%) obesidad. De los 10-12 años 39 (16.6%) sobrepeso, 42 (17.9%) obesidad. En tanto que de 13-15 años 14 (6%) sobrepeso, 21 (8.9%) obesidad. Mientras que de 16-18 años 2 (0.9%) obesidad. (Ver tabla 18 y gráfica 18).
- En la relación entre edad de inicio y clasificación de IMC (OMS): Desconoce 6 (2.6%) sobrepeso, 23 (9.8%) obesidad. Mientras que menores de un año 7 (3%) sobrepeso, 11 (4.7%) obesidad. En cuanto de 1-3 años 24 (10.2%) sobrepeso, 14 (6%) obesidad. De 4-6 años 45 (19.1%) sobrepeso, 34 (14.5%) obesidad. En tanto de 7- 9 años 20 (8.5%) sobrepeso, 30 (12.8%) obesidad. Para finalizar en mayores de 10 años 12 (5.1%) sobrepeso y 9 (3.8%) obesidad. (Ver tabla 19 y gráfica 19).



- Otro apartado estudiado fue el autoestima y su relación con sexo donde: Sexo femenino 48 (20.4%) nivel bajo de autoestima, 96 (40.9%) nivel medio de autoestima. Respecto al sexo masculino 12 (5.1%) nivel bajo de autoestima, 75 (31.9%) nivel medio de autoestima y para finalizar 4 (1.7%) nivel alto de autoestima. (Ver tabla 20 y gráfica 20).
- Respecto a la clasificación de IMC (OMS) y nivel de autoestima: Sobrepeso 32 (13.6%) nivel bajo de autoestima, 78 (33.2%) nivel medio de autoestima y 4 (1.7%) nivel alto de autoestima. Tanto en obesidad 28 (11.9%) nivel bajo de autoestima, 93 (39.6%) nivel medio de autoestima. (Ver tabla 21 y gráfica 21).
- En la asociación de sufrir violencia y nivel de autoestima: si sufrió violencia 38 (16.2%) nivel bajo de autoestima, 127 (54%) nivel medio de autoestima y 1 (0.4%) nivel alto de autoestima. Bien entonces aquellos que no sufrieron violencia 22 (9.4%) nivel bajo de autoestima, 44 (18.7%) nivel medio de autoestima, finalmente 3 (1.3%) nivel alto de autoestima. (Ver tabla 22 y gráfica 22).
- Se examinó la correlación entre la frecuencia de victimización y el nivel de autoestima donde encontramos: Nula frecuencia de victimización 7 (3%) nivel medio de autoestima, 1 (0.4%) nivel alto de autoestima. En frecuencia baja de victimización 28 (11.9%) nivel bajo de autoestima, 91 (38.7%) nivel medio de autoestima, 3 (1.3%) nivel alto de autoestima. En cuenta a la frecuencia mediana de victimización 27 (11.5%) nivel bajo de autoestima, 60 (25.5%) nivel medio de autoestima. Para terminar con la frecuencia alta de victimización 5 (2.1%) nivel bajo de autoestima, 13 (5.5%) nivel medio de autoestima. (Ver tabla 23 y gráfica 23).
- Otro rubro también estudiado es la asociación entre ejercer violencia y el nivel de autoestima: Donde los que Sí ejercieron violencia el 10 (4.3%) nivel bajo de autoestima, 39 (16.6%) nivel medio de autoestima. En el apartado de aquellos que No ejercen violencia 50 (21.30%) nivel bajo de autoestima, 132 (56.2%) nivel medio de autoestima y 4 (1.7%) nivel alto de autoestima. (Ver tabla 24 y gráfica 24).
- Se estudio la relación entre frecuencia de ser agresor y nivel de autoestima: Nula frecuencia de agresión 6 (2.6%) nivel bajo de autoestima, 27 (11.5%) nivel medio de autoestima. A los de baja frecuencia de agresión 46 (19.6%) nivel bajo de autoestima, 123 (53.3%) nivel medio de autoestima, 4 (1.7%) nivel alto es autoestima. Para los de baja frecuencia de agresión 8 (3.4%) nivel bajo de autoestima, 20 (8.5%) nivel medio de autoestima. Por ultimo a la frecuencia alta de agresión solo se encontro 1 (0.4%) con nivel medio de autoestima. (Ver tabla 25 y gráfica 25).



- En lo referente a si fue victima y la Clasificación de sobrepeso y obesidad de acuerdo al IMC (OMS): Aquellos que SÍ fueron victimas 77 (32.8%) sobrepeso, 89 (37.9%) obesidad. Por otro lado los que NO fueron victimas 37 (15.7%) sobrepeso y 32 (13.6%) obesidad. (Ver tabla 26 y gráfica 26).
- Por lo que respecta a la frecuencia de victimización y la clasificación según IMC (OMS): Frecuencia nula de victimización 2 (0.9%) sobrepeso, 6 (2.6%) obesidad. Para una frecuencia baja de victimización 62 (26.4%) sobrepeso, 60 (25.5%) obesidad. Se halló en frecuencia mediana de victimización 39 (16.6%) sobrepeso, 48 (20.4%) obesidad. Por último en la frecuencia alta de victimización 11 (4.7%) sobrepeso y 7 (3%) obesidad. (Ver tabla 27 y gráfica 27).
- En cuanto a la presencia de ser agresor y la clasificación de IMC (OMS): En aquellos que SI ejercieron violencia 12 (5.1%) sobrepeso, 37 (15.7%) obesidad. Para los que NO ejercieron violencia 102 (43.4%) sobrepeso, 84 (35.7%). (Ver tabla 28 y gráfica 28).
- Lo hallado entre frecuencia de agresión y la Clasificación según IMC (OMS): Frecuencia nula de agresión 15 (6.4%) sobrepeso, 18 (7.7%) obesidad. Mientras que la frecuencia baja de agresión 88 (37.4%) sobrepeso, 85 (36.2%) obesidad. Por otra parte en frecuencia mediana de agresión 10 (4.3%) sobrepeso, 18 (7.7%) obesidad. Como punto final en frecuencia alta de agresión 1 (0.4%). (Ver tabla 29 y gráfica 29).
- Otro aspecto también encontrado es en los que ejercieron violencia y la frecuencia de ser agresor: A los que SI ejercieron violencia 2 (0.9%) frecuencia nula de ser agresor, 30 (12.8%) frecuencia baja de ser agresor, 16 (6.8%) frecuencia mediana de ser agresor, 1 (0.4%) frecuencia alta de ser agresor. Por otro lado los que NO ejercieron violencia 31 (13.2%) frecuencia nula de ser agresor, 143 (60.9%) frecuencia baja a ser agresor, 12 (5.1%) frecuencia mediana a ser agresor. (Ver tabla 30 y gráfica 30).
- También se estudió aquellos que sufrieron violencia y frecuencia de victimización: Los que SI sufrieron violencia 77 (32.8%) frecuencia baja de victimización, 74 (31.5%) frecuencia mediana de victimización, 15 (6.4%) frecuencia alta de victimización. Para los que no sufrieron violencia 8 (3.4%) frecuencia nula de victimización, 45 (19.1%) frecuencia baja de victimización, 13 (5.5%) frecuencia mediana de victimización, 3 (1.3%) frecuencia alta de victimización. (Ver tabla 31 y gráfica 31).



- En la frecuencia de ser agresor y sexo: Para el sexo femenino 19 (8.1%) frecuencia nula a ser agresor, 107 (45.5%) frecuencia baja a ser agresor, 17 (7.2%) frecuencia media a ser agresor, 1(0.4%) frecuencia alta a ser agresor. En el sexo masculino 14 (6%) frecuencia nula a ser agresor, 66 (28.1%) frecuencia baja a ser agresor, 11 (4.7%) frecuencia media a ser agresor. (Ver tabla 32 y gráfica 32).
- Mientras que para la frecuencia de victimización y sexo: En el sexo femenino 3 (1.3%) frecuencia nula a victimización, 79 (33.6%) frecuencia baja a victimización, 47 (20%) frecuencia mediana a victimización, 15 (6.4%) frecuencia alta a victimización. Así en el sexo masculino 5 (2.1%) frecuencia nula a la victimización, 43 (18.3%) frecuencia baja a la victimización, 40 (17%) frecuencia mediana a la victimización y 3 (1.3%) frecuencia alta a victimización. (Ver tabla 33 y gráfica 33).

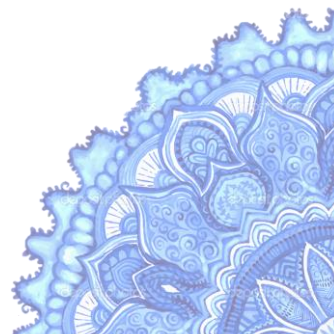


TABLA 1

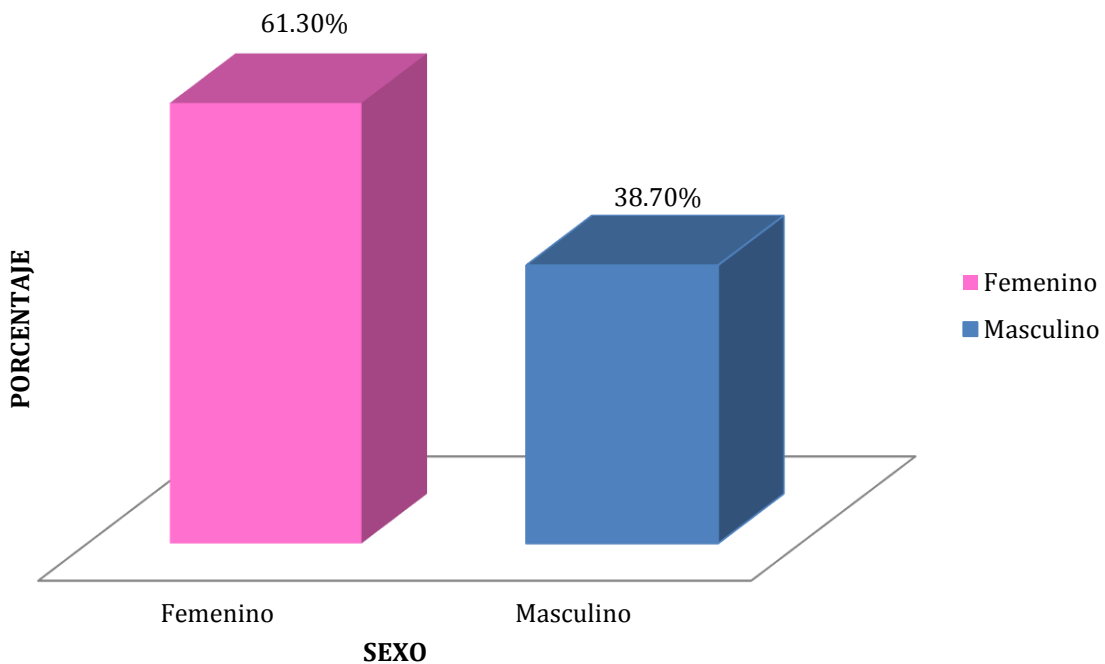
SEXO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	144	61.30%
Masculino	91	38.70%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 1

SEXO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles- A G.. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

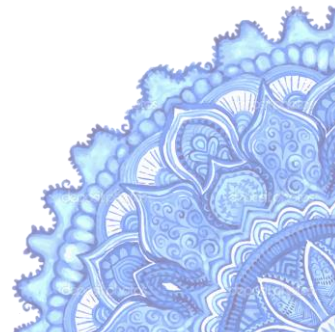


TABLA 2

EDAD EN RANGOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8

	Frecuencia	Porcentaje
7-9 años	117	49.80%
10-12 años	81	34.50%
13-15 años	35	14.90%
16-18 años	2	0.90%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles - A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 2

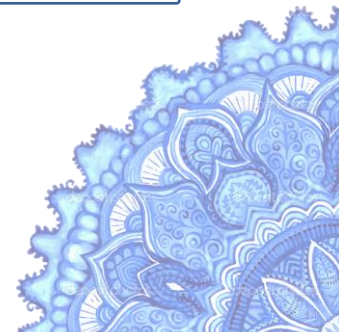
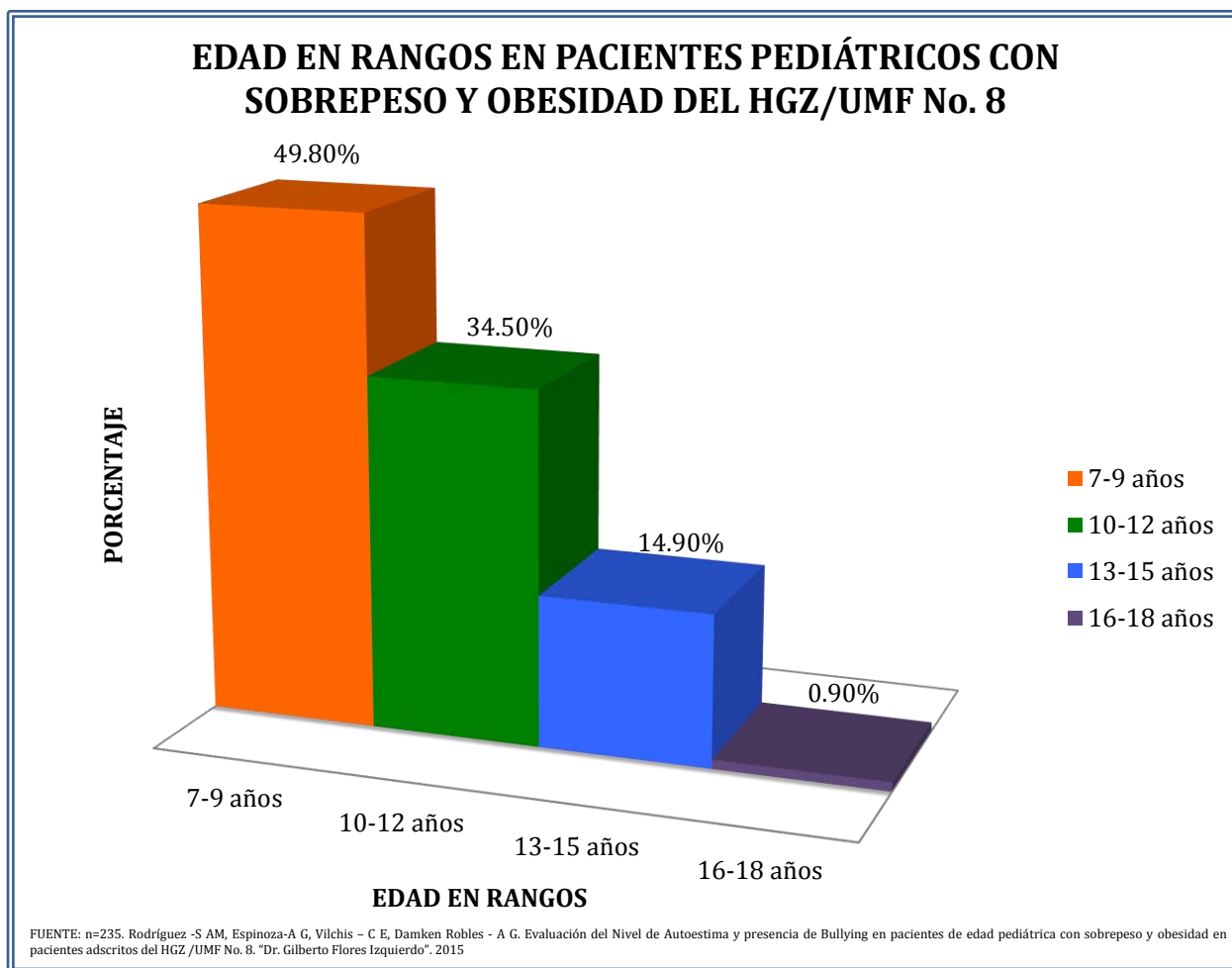


TABLA 3

ESCOLARIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	175	74.50%
Secundaria	54	23.00%
Preparatoria	6	2.60%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles - A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 3

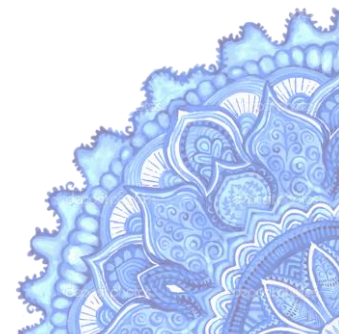
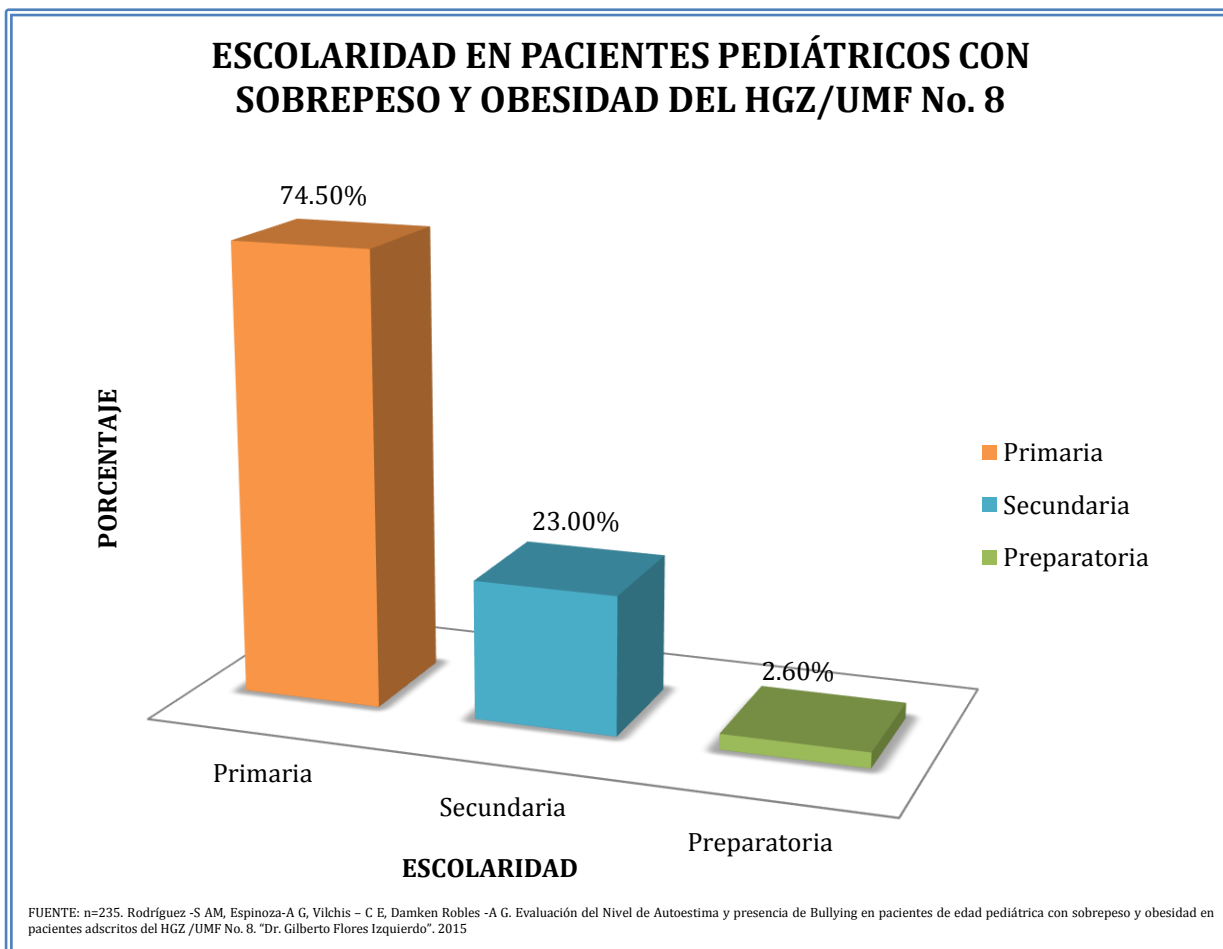


TABLA 4

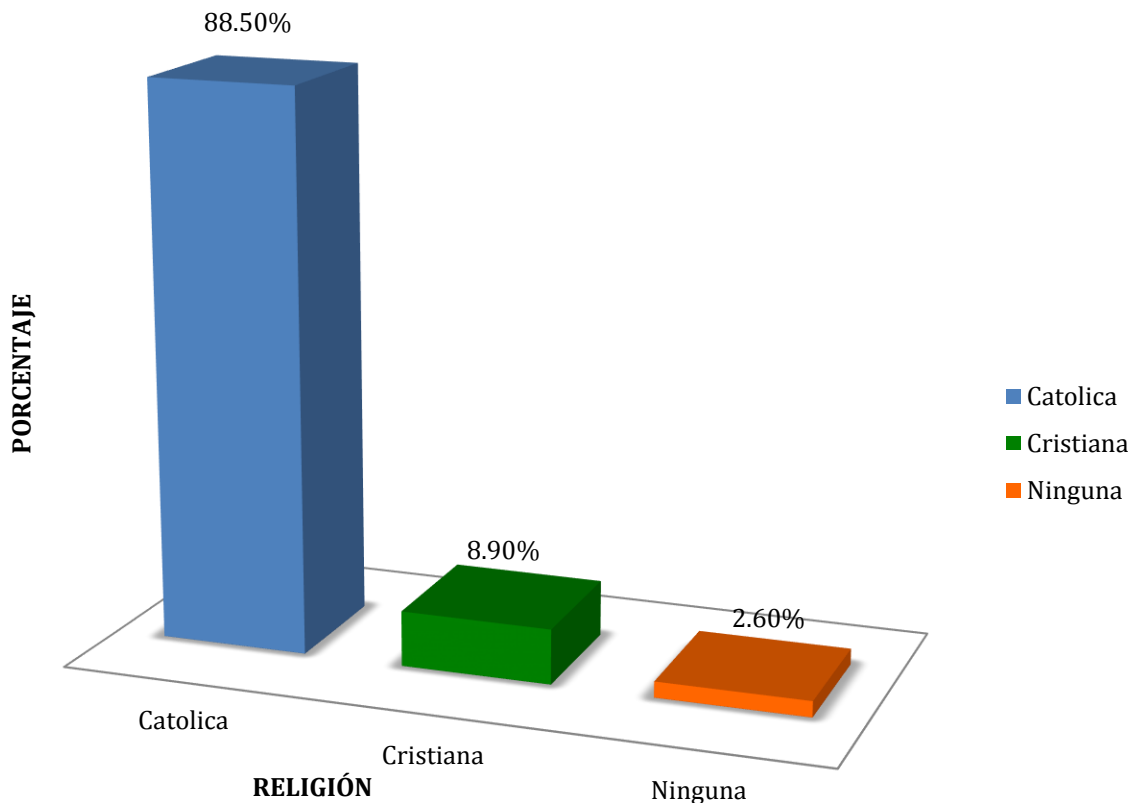
RELIGIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8

	Frecuencia	Porcentaje
Católica	208	88.50%
Cristiana	21	8.90%
Ninguna	6	2.60%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 4

RELIGIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

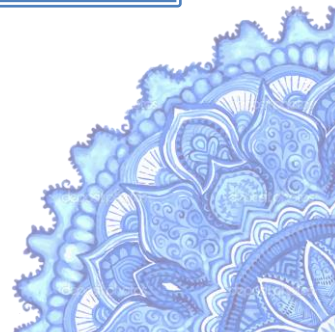


TABLA 5

SEXO DEL FAMILIAR DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	193	82.10%
Masculino	42	17.90%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis – C E, Damken Robles A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 5

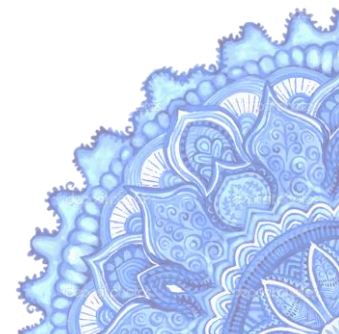
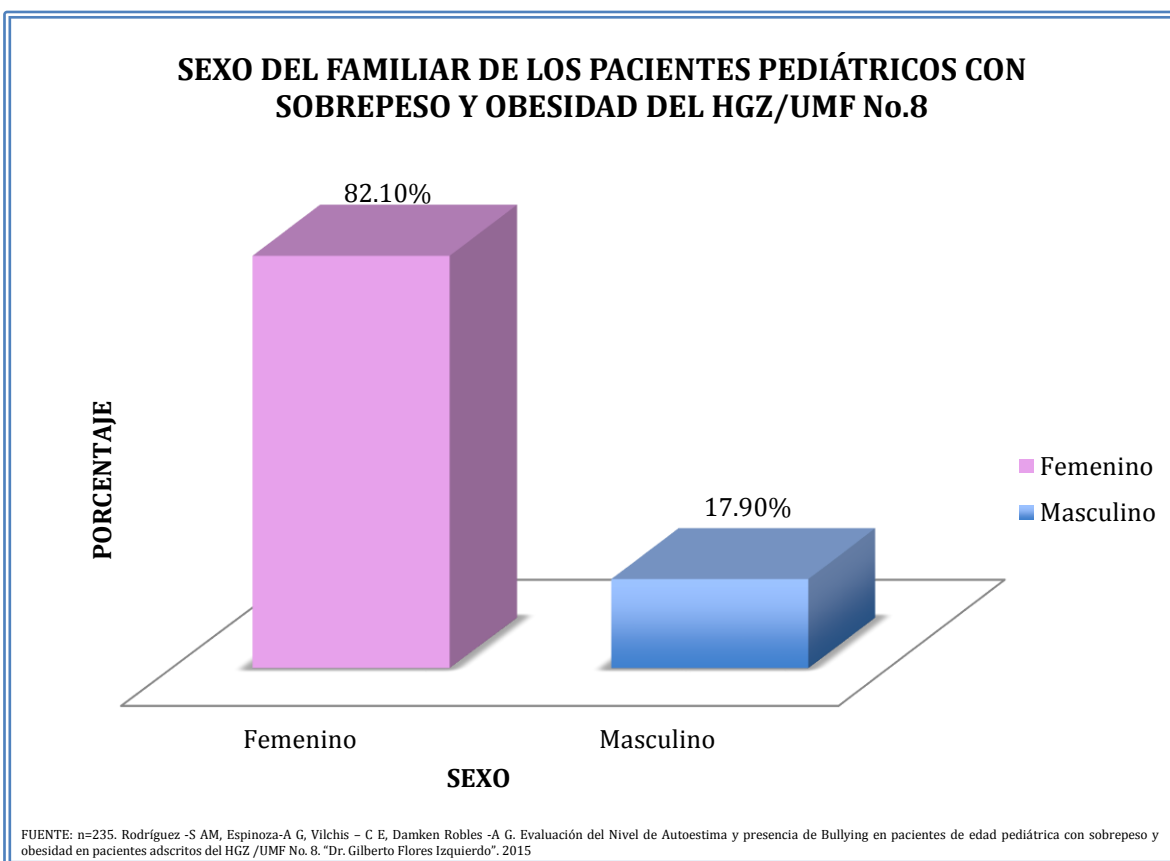


TABLA 6

PARENTESCO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	182	77.40%
Padre	43	18.30%
Abuelo (a)	8	3.40%
Otro	2	0.90%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 6

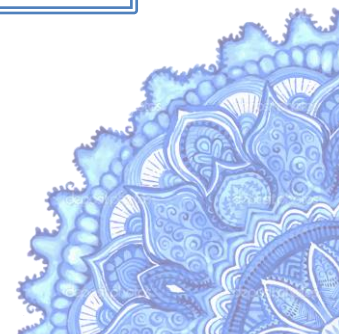
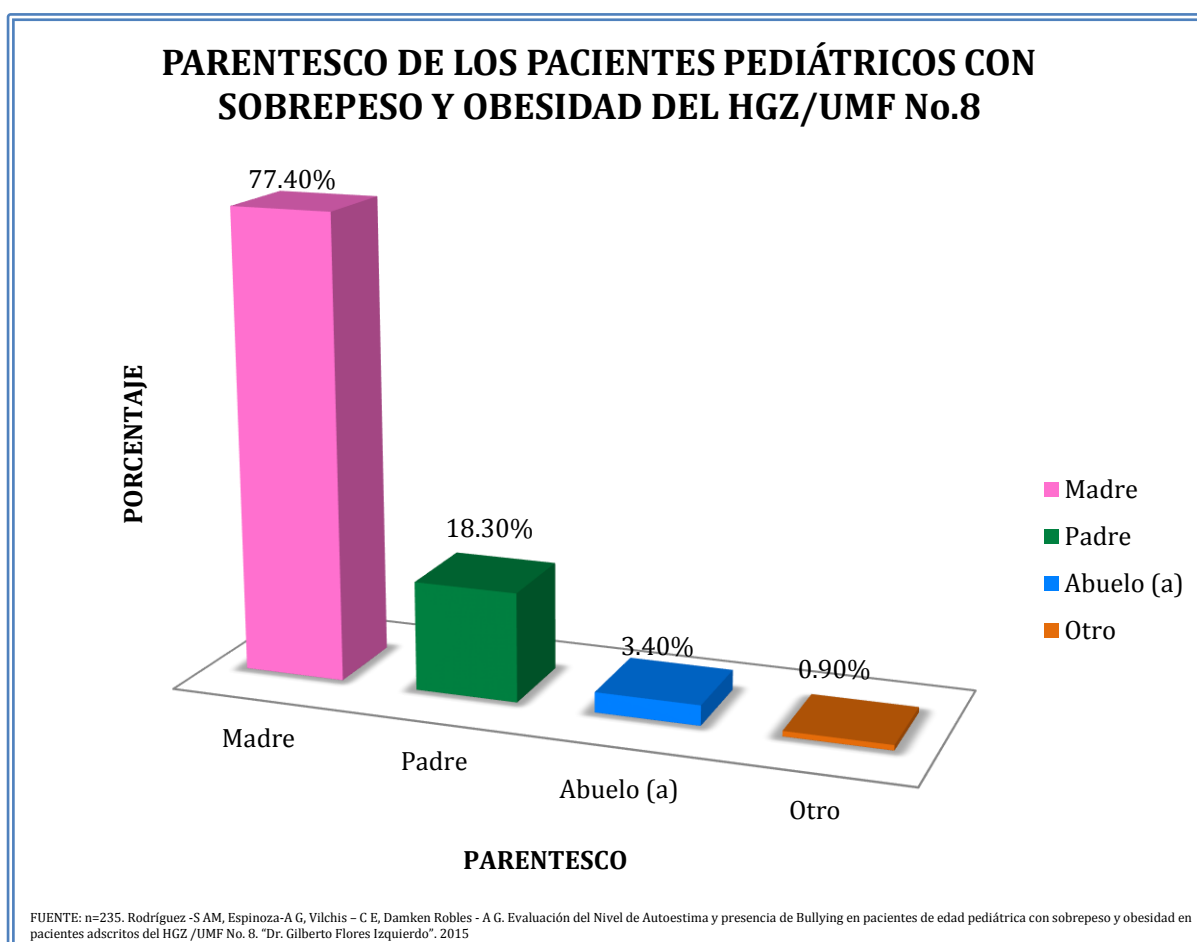


TABLA 7

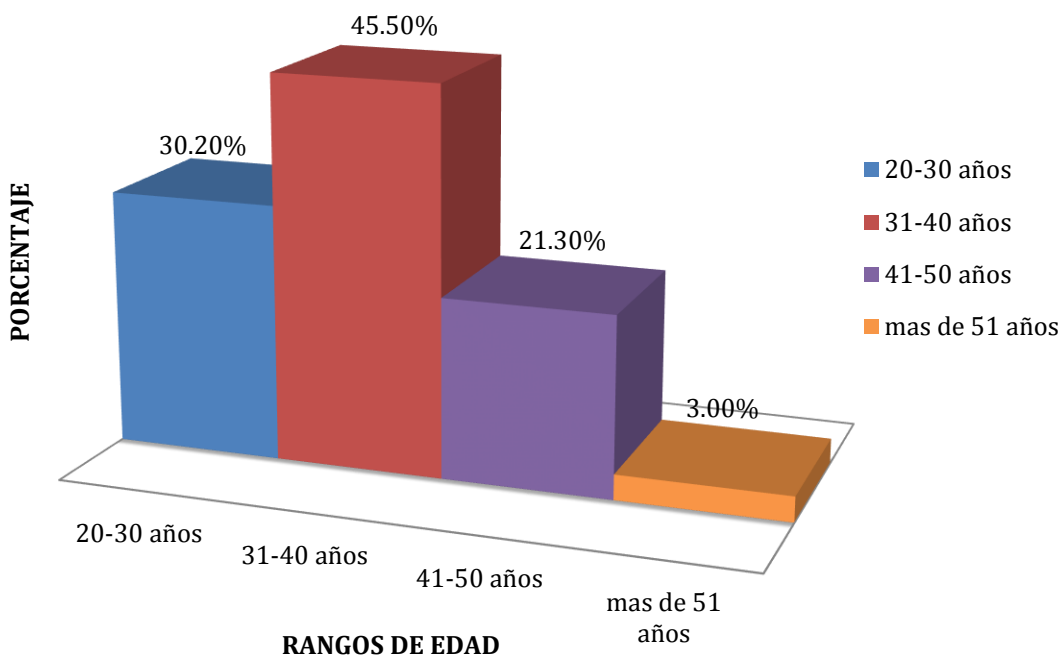
**EDAD EN RANGOS DEL TUTOR DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8**

	Frecuencia	Porcentaje
20-30 años	71	30.20%
31-40 años	107	45.50%
41-50 años	50	21.30%
mas de 51 años	7	3.00%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 7

**EDAD EN RANGOS DEL TUTOR DE LOS PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL
HGZ/UMF No.8**



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

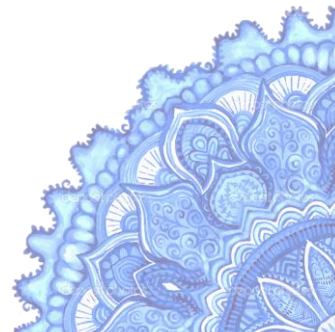


TABLA 8

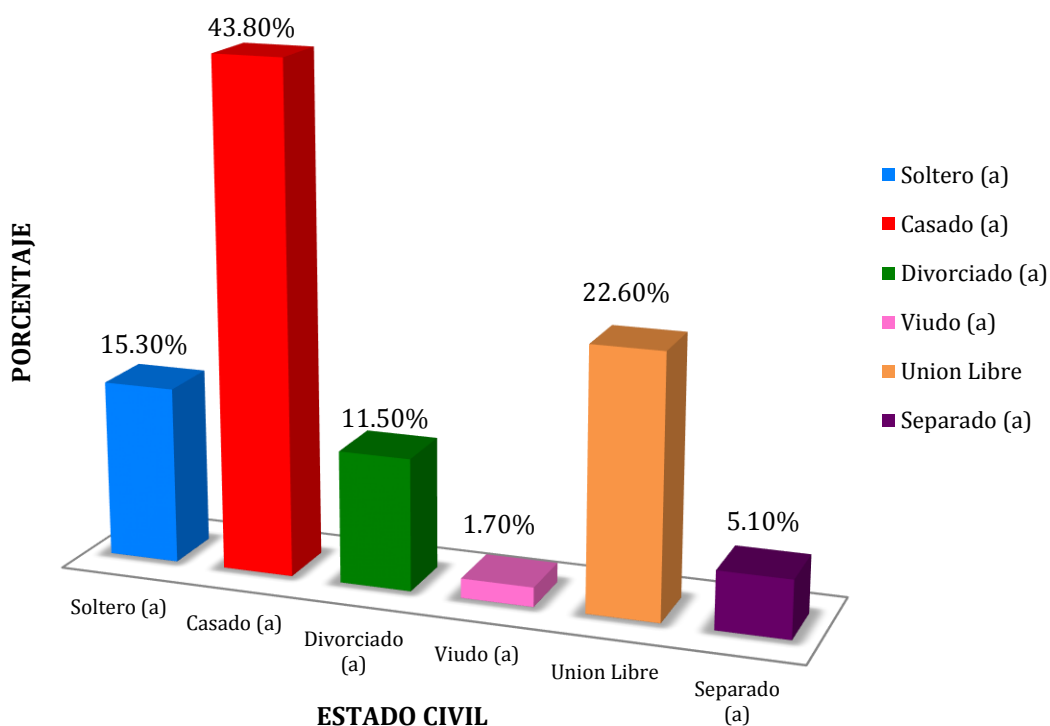
ESTADO CIVIL DEL TUTOR DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	36	15.30%
Casado (a)	103	43.80%
Divorciado (a)	27	11.50%
Viudo (a)	4	1.70%
Union Libre	53	22.60%
Separado (a)	12	5.10%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 8

ESTADO CIVIL DEL TUTOR DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

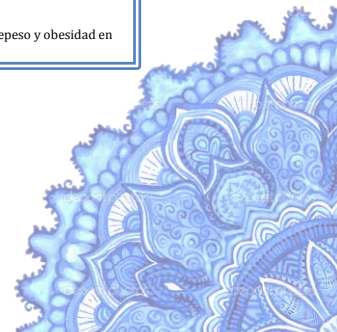


TABLA 9

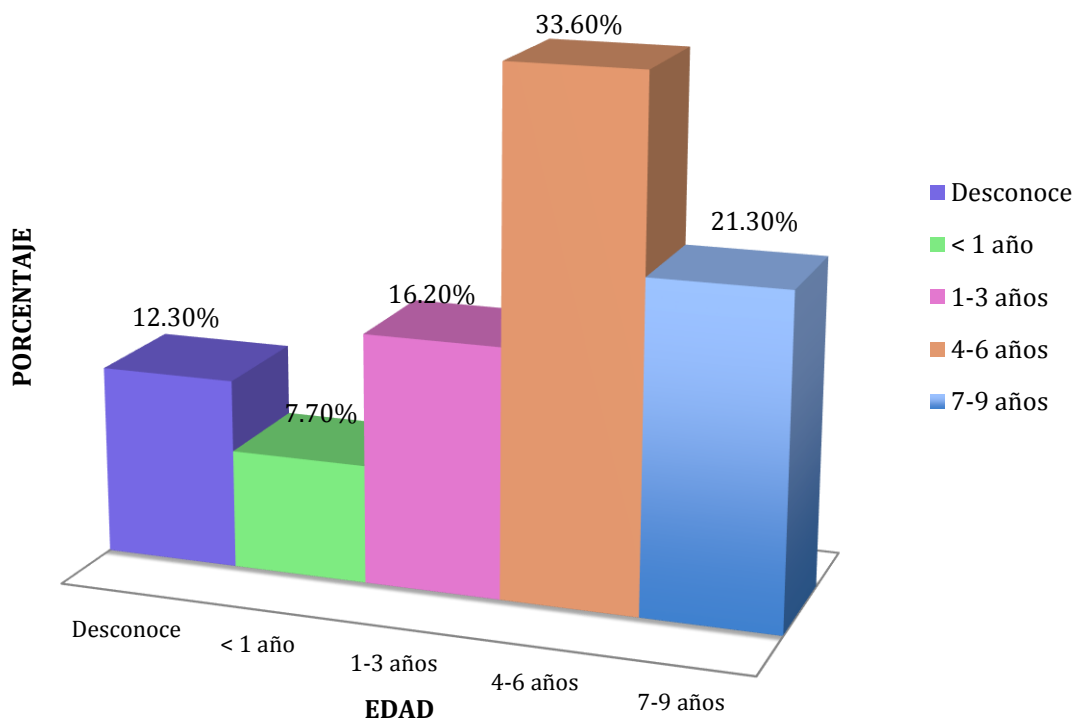
EDAD DE INICIO DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	29	12.30%
< 1 año	18	7.70%
1-3 años	38	16.20%
4-6 años	79	33.60%
7-9 años	50	21.30%
> 10 años	21	8.90%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 9

EDAD DE INICIO DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

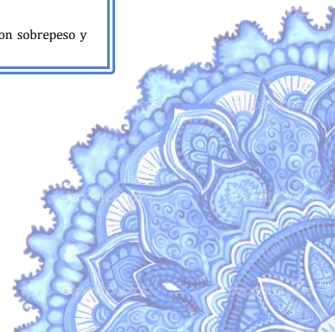


TABLA 10

PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE SUFRIERON VIOLENCIA DEL HGZ/UMF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
SI	166	70.60%
NO	69	29.40%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 10

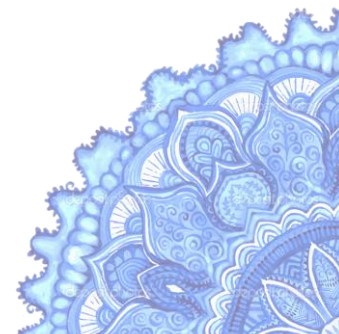
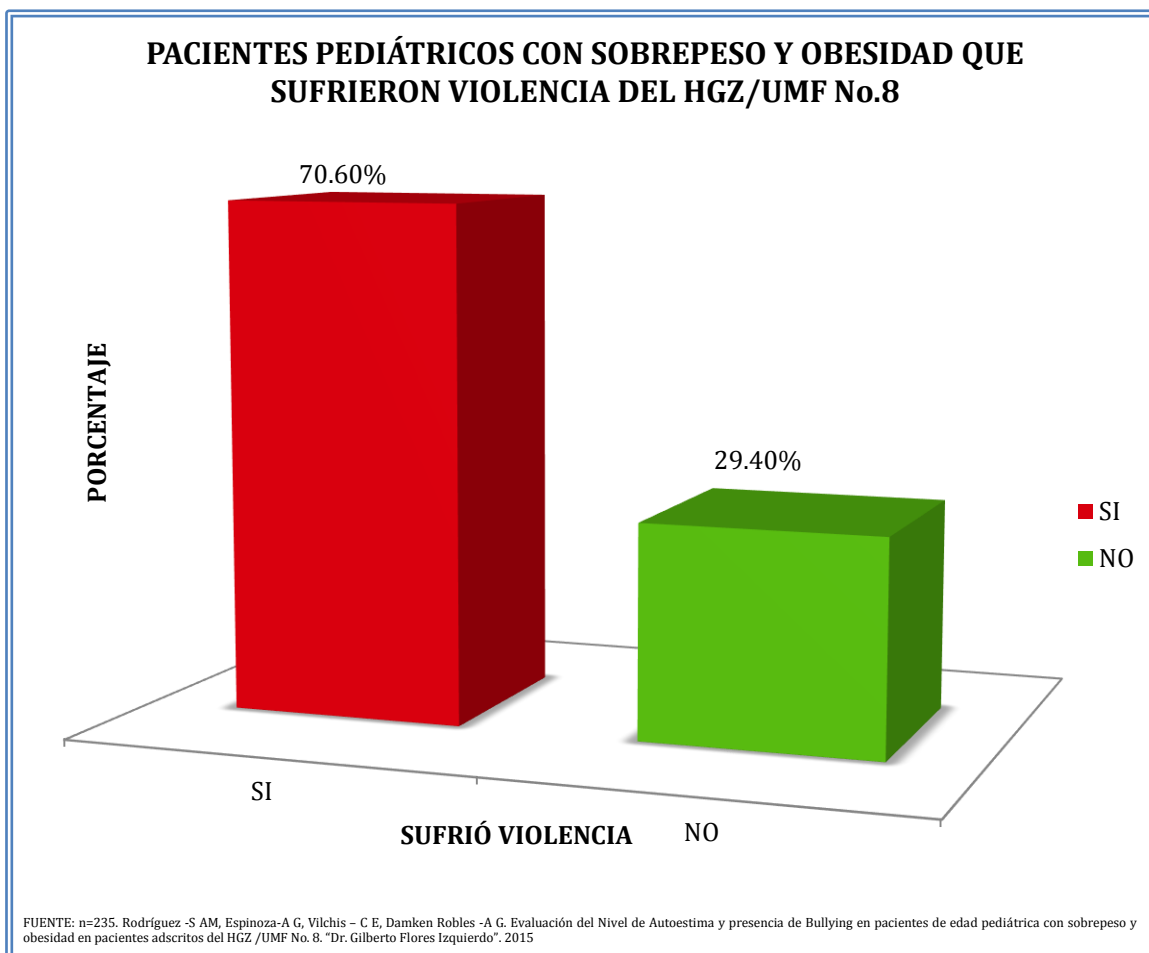


TABLA 11

QUIEN EJERCIÓ LA VIOLENCIA A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
Compañeros	128	77.10%
Maestros	10	6.00%
Ambos	28	16.90%
TOTAL	166	100%

FUENTE : n=235, Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 11

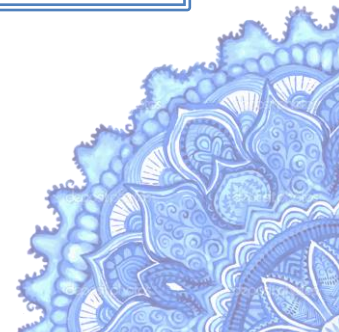
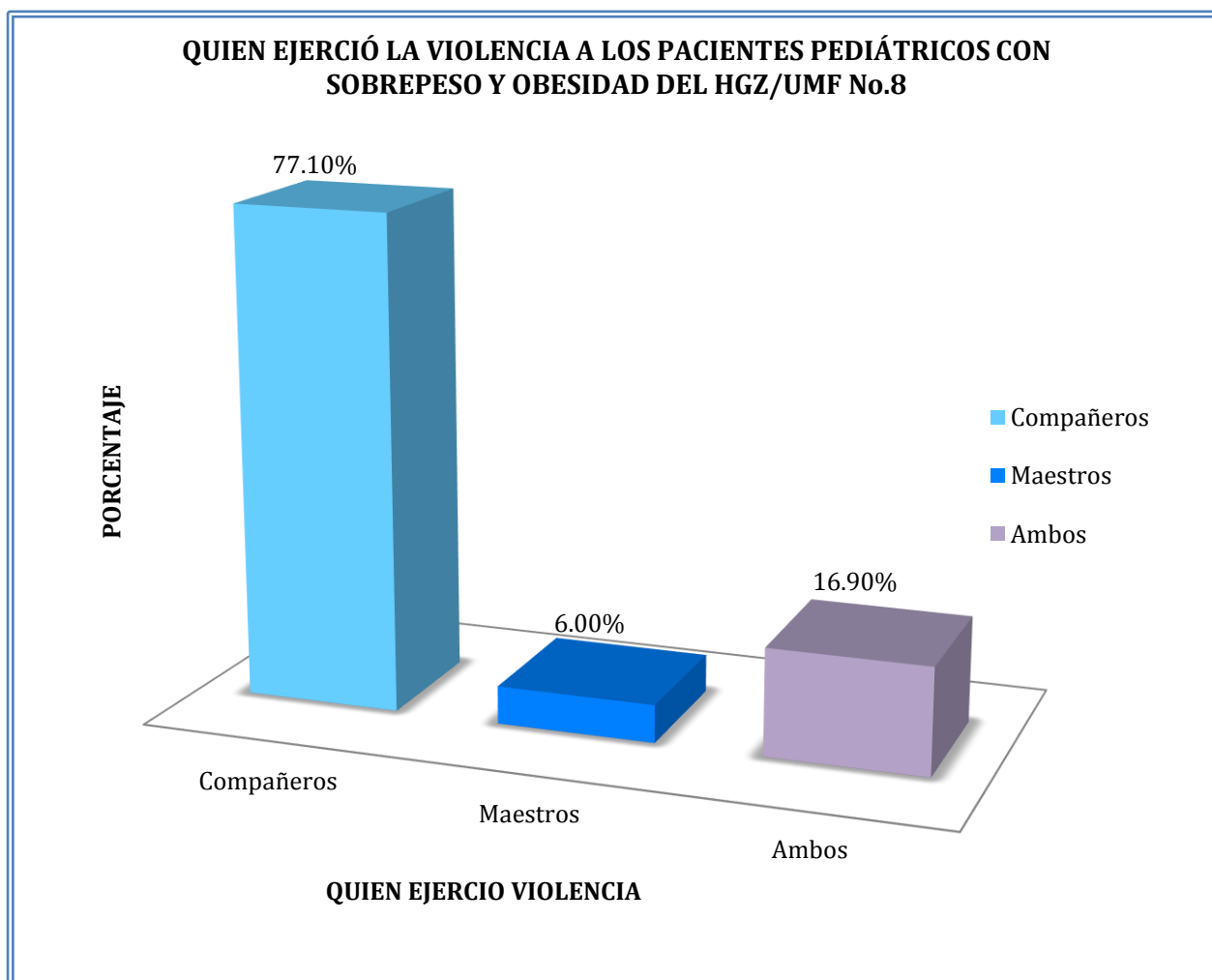


TABLA 12

PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE EJERCIERON VIOLENCIA DEL HGZ/UMF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
SI	49	20.90%
NO	186	79.10%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 12

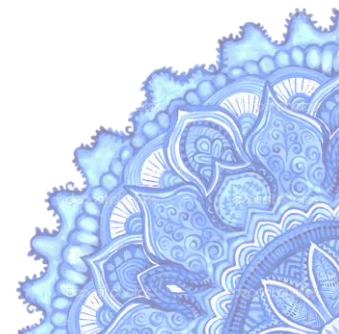
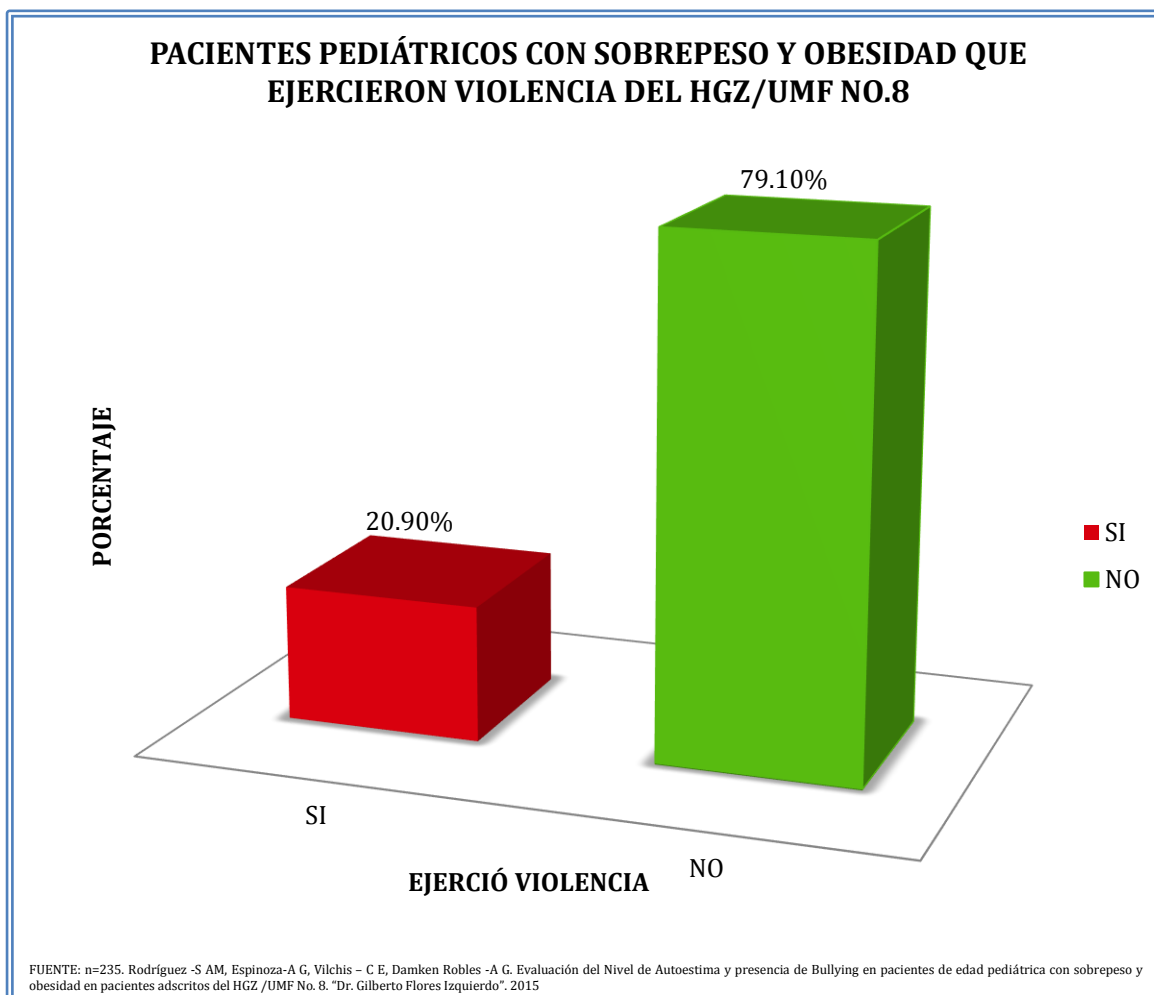


TABLA 13

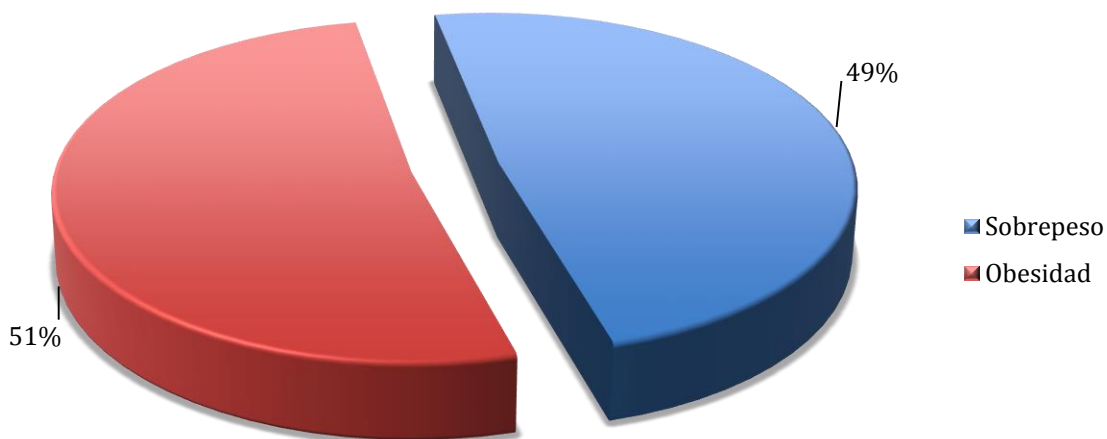
**SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8**

IMC (OMS)	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	114	48.50%
Obesidad	121	51.50%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 13

**SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8**



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

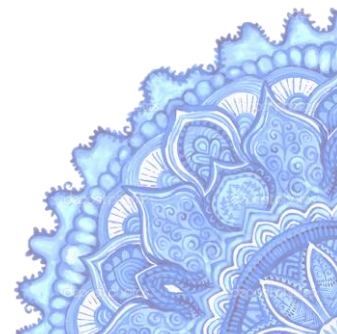


TABLA 14

**NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/ UMF No. 8**

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	60	25.5%
Medio	171	72.8%
Alto	4	1.7%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 14

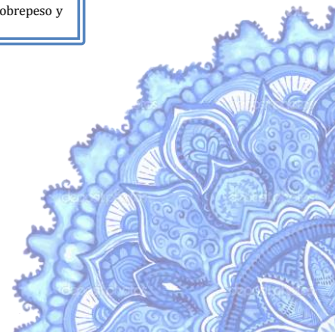
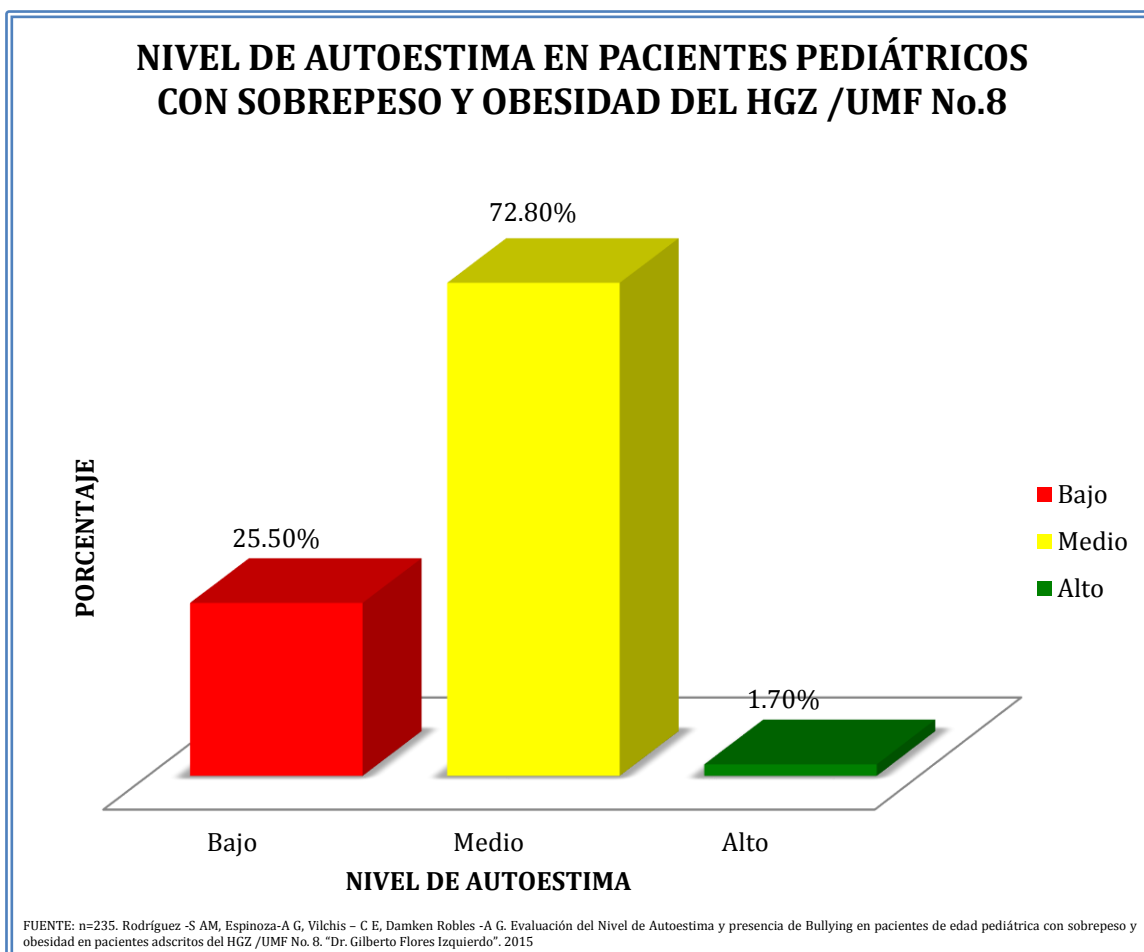


TABLA 15

FRECUENCIA DE AGRESIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

Frecuencia de Agresión	Frecuencia	Porcentaje
Nula	33	14%
Baja	173	73.6%
Mediana	28	11.9%
Alta	1	0.4%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235, Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 15

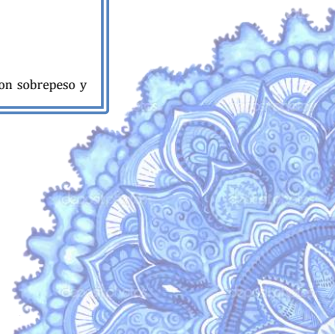
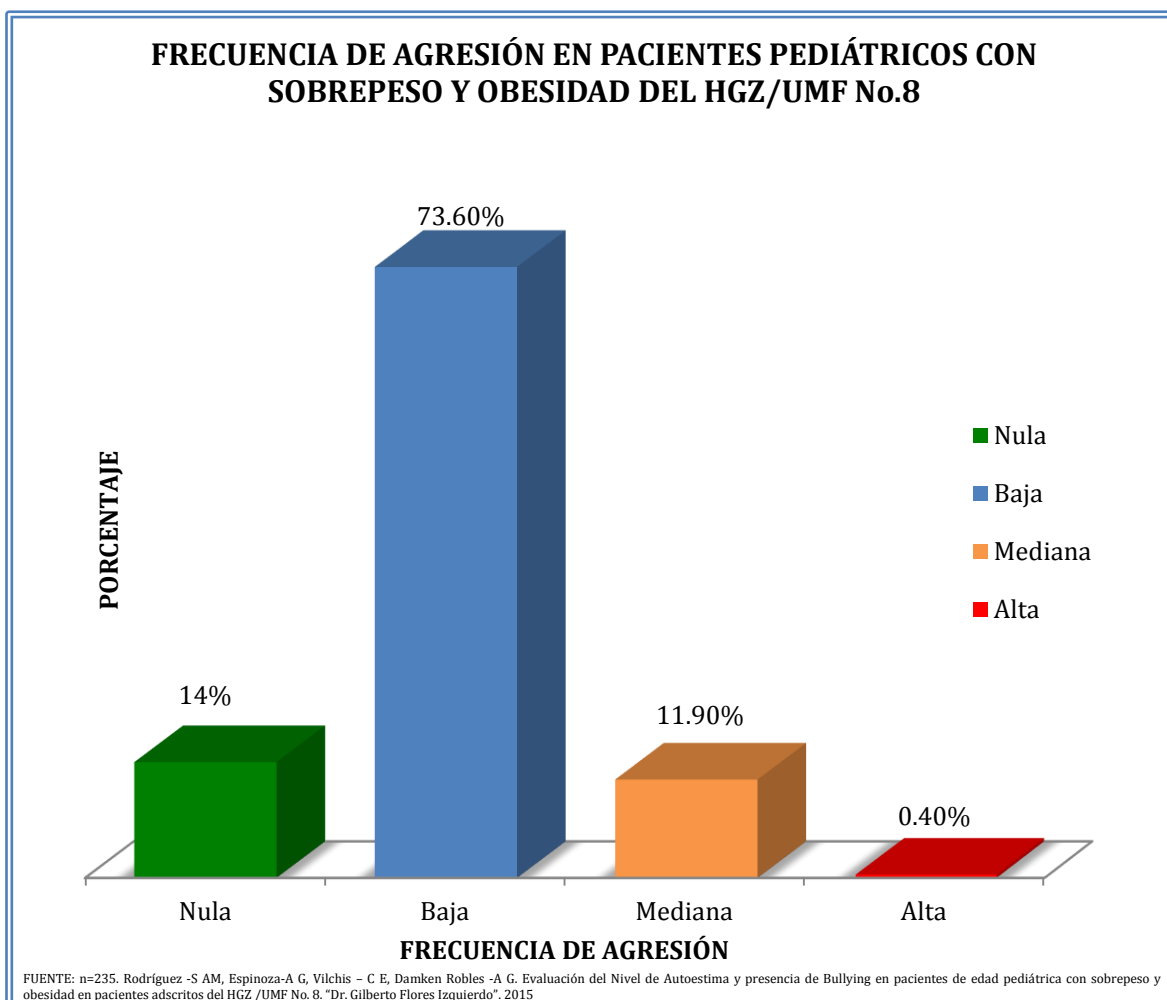


TABLA 16

**FRECUENCIA DE VICTIMIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8**

Frecuencia de Victimización	Frecuencia	Porcentaje
Nula	8	3.4%
Baja	122	51.9%
Mediana	87	37%
Alta	18	7.7%
TOTAL	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 16

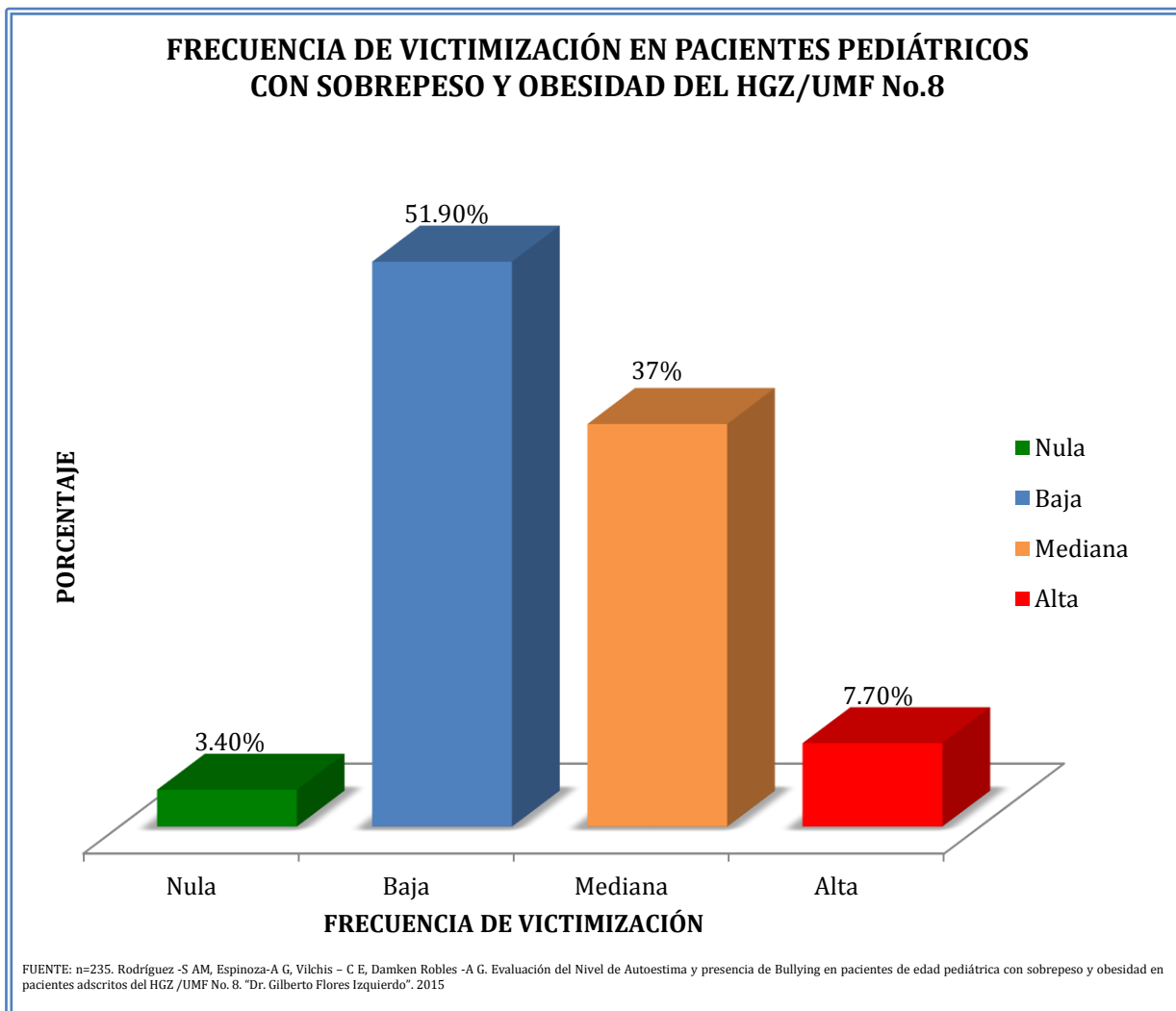


TABLA 17

SEXO / SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

Sexo	SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS)					
	Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	78	33.2%	66	28.1%	144	61.3%
Masculino	36	15.3%	55	23.4%	91	38.7%
TOTAL	114	48.5%	121	51.5%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 17

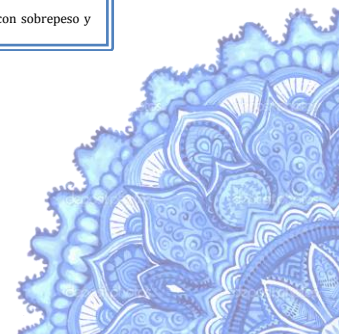
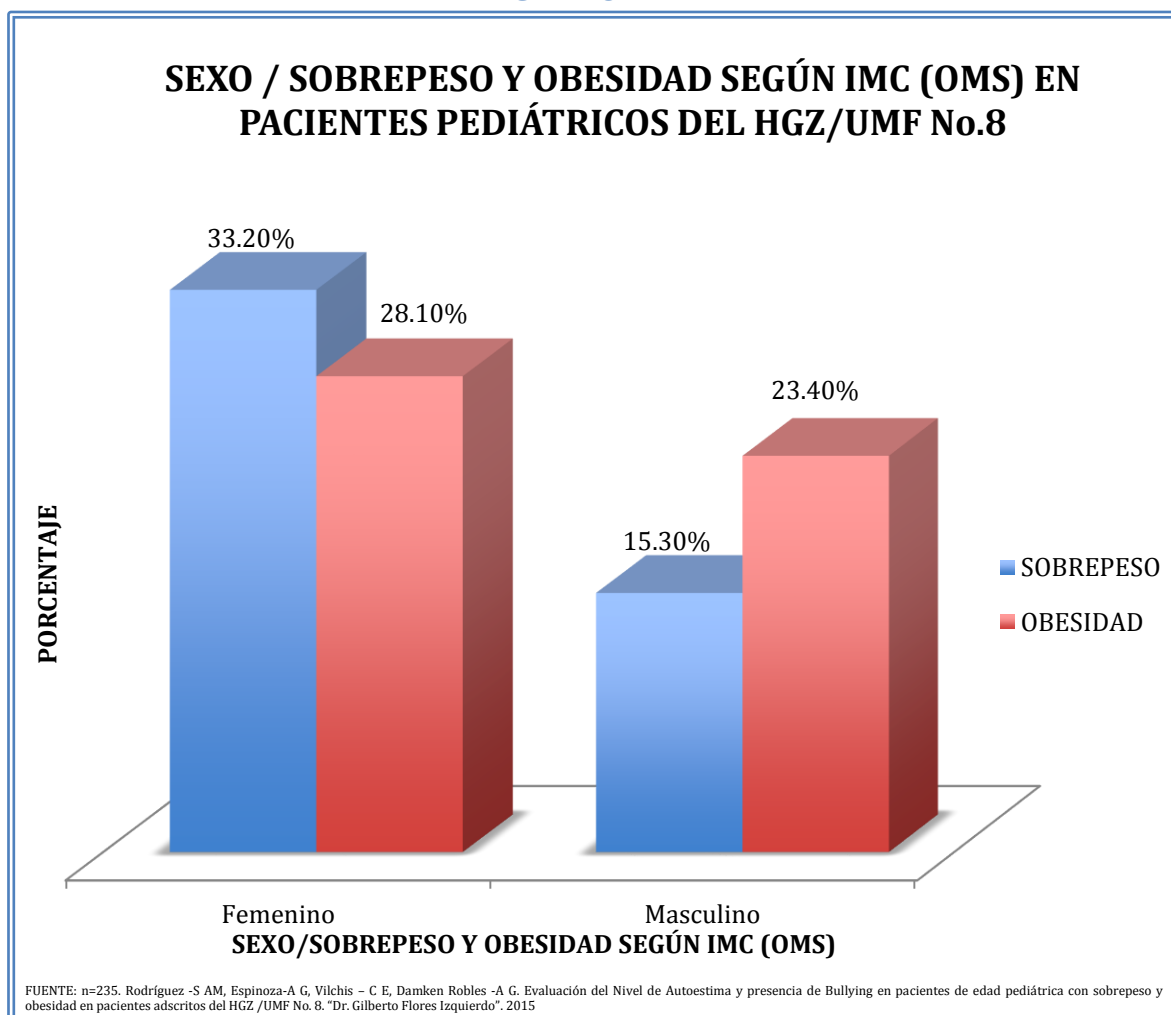


TABLA 18

EDAD EN RANGOS / SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

Edad en Rangos	SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS)					
	Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
7-9 años	61	26%	56	23.80%	117	49.80%
10-12 años	39	16.60%	42	17.90%	81	34.50%
13-15 años	14	6%	21	8.90%	35	14.90%
16-18 años	0	0%	2	0.90%	2	0.90%
TOTAL	114	48.50%	121	51.50%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis – C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 18

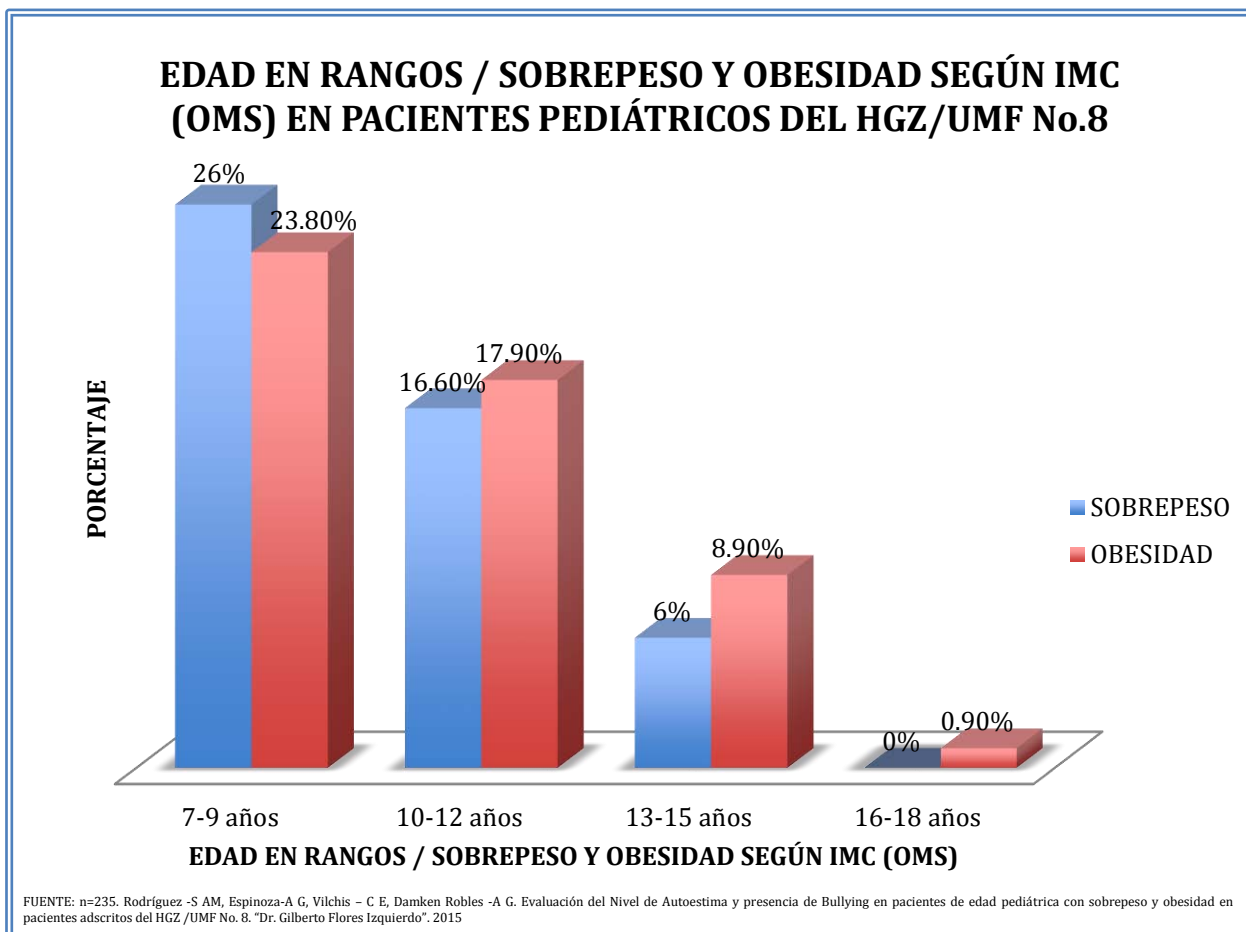


TABLA 19

EDAD DE INICIO / SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

Edad de Inicio	SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS)					
	Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	6	2.60%	23	9.80%	29	12.30%
<1 año	7	3%	11	4.70%	18	7.70%
1-3 años	24	10.20%	14	6%	38	16.20%
4-6 años	45	19.10%	34	14.50%	79	33.60%
7-9 años	20	8.50%	30	12.80%	50	21.30%
>10 años	12	5.10%	9	3.80%	21	8.90%
TOTAL	114	48.50%	121	51.50%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 19

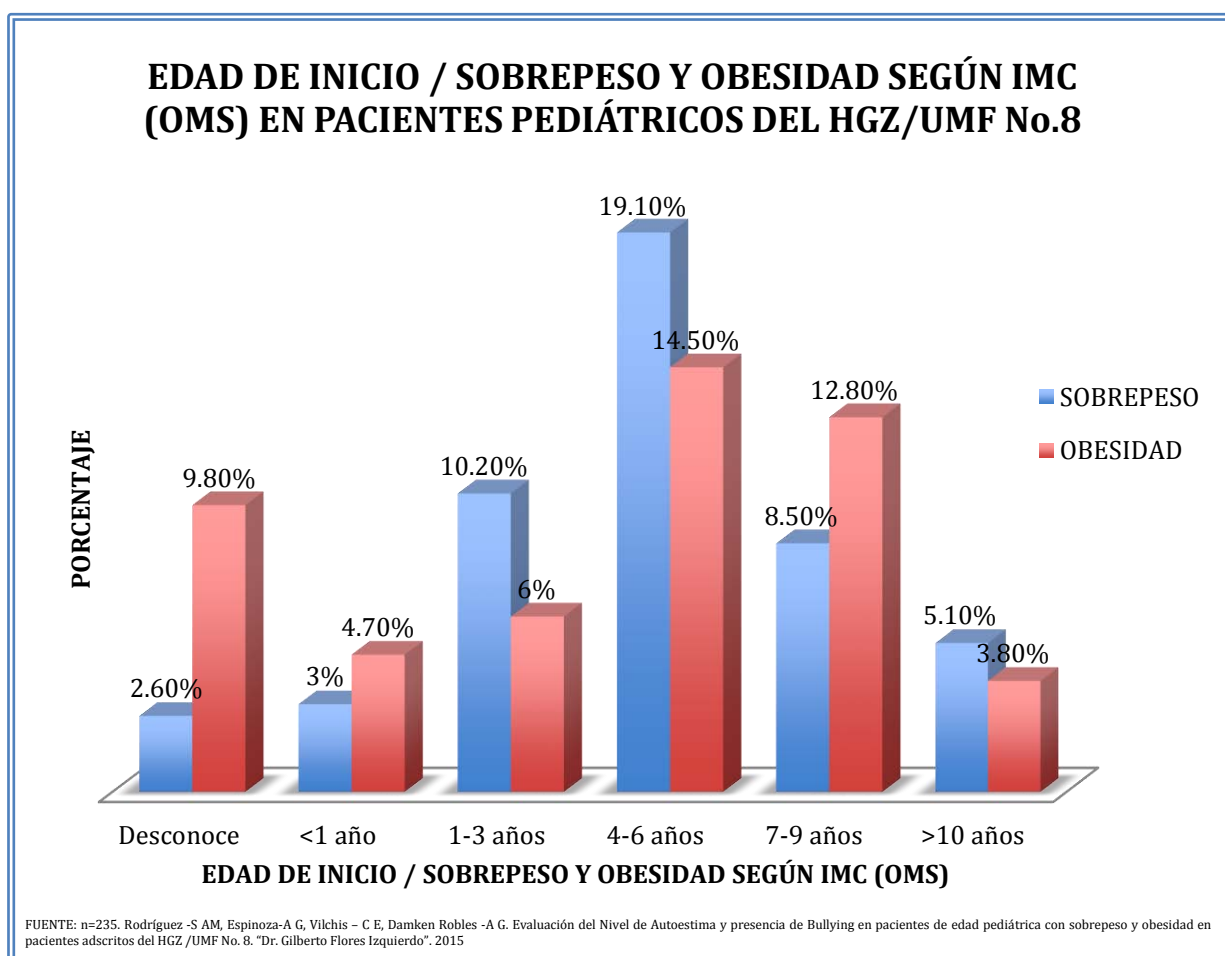


TABLA 20

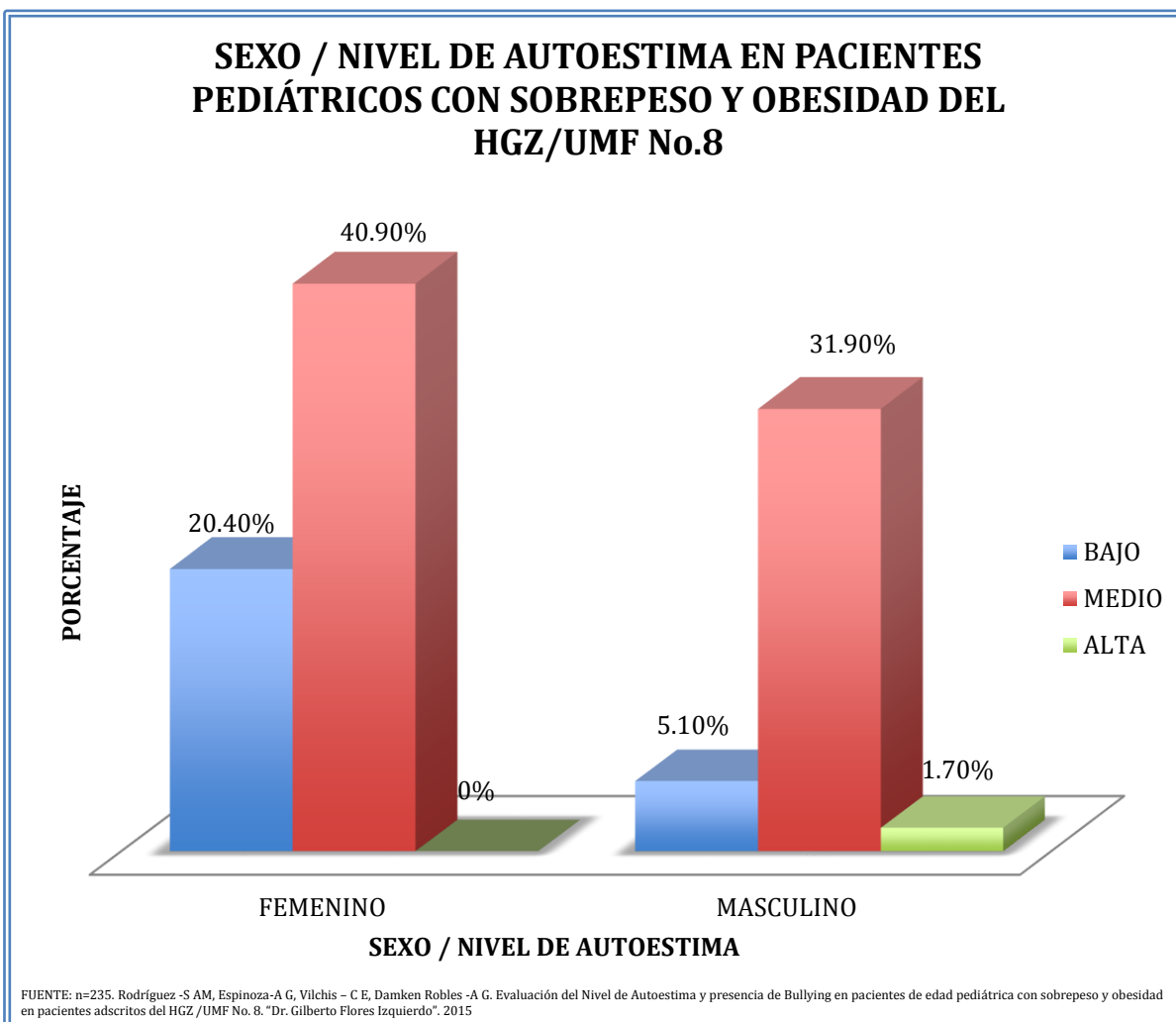
SEXO / NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

Sexo	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Femenino	48	20.40%	96	40.90%	0	0%	144	61.0%
Masculino	12	5.10%	75	31.90%	4	1.70%	91	38.70%
TOTAL	60	25.50%	171	72.80%	4	1.70%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 20

SEXO / NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

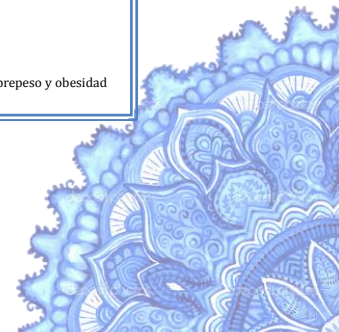


TABLA 21

SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) / NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

Sobrepeso y Obesidad según IMC (OMS)	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Sobrepeso	32	13.60%	78	33.20%	4	1.70%	114	48.50%
Obesidad	28	11.90%	93	39.60%	0	0%	121	51.50%
TOTAL	60	25.50%	171	72.80%	4	1.70%	235	100%

FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 21

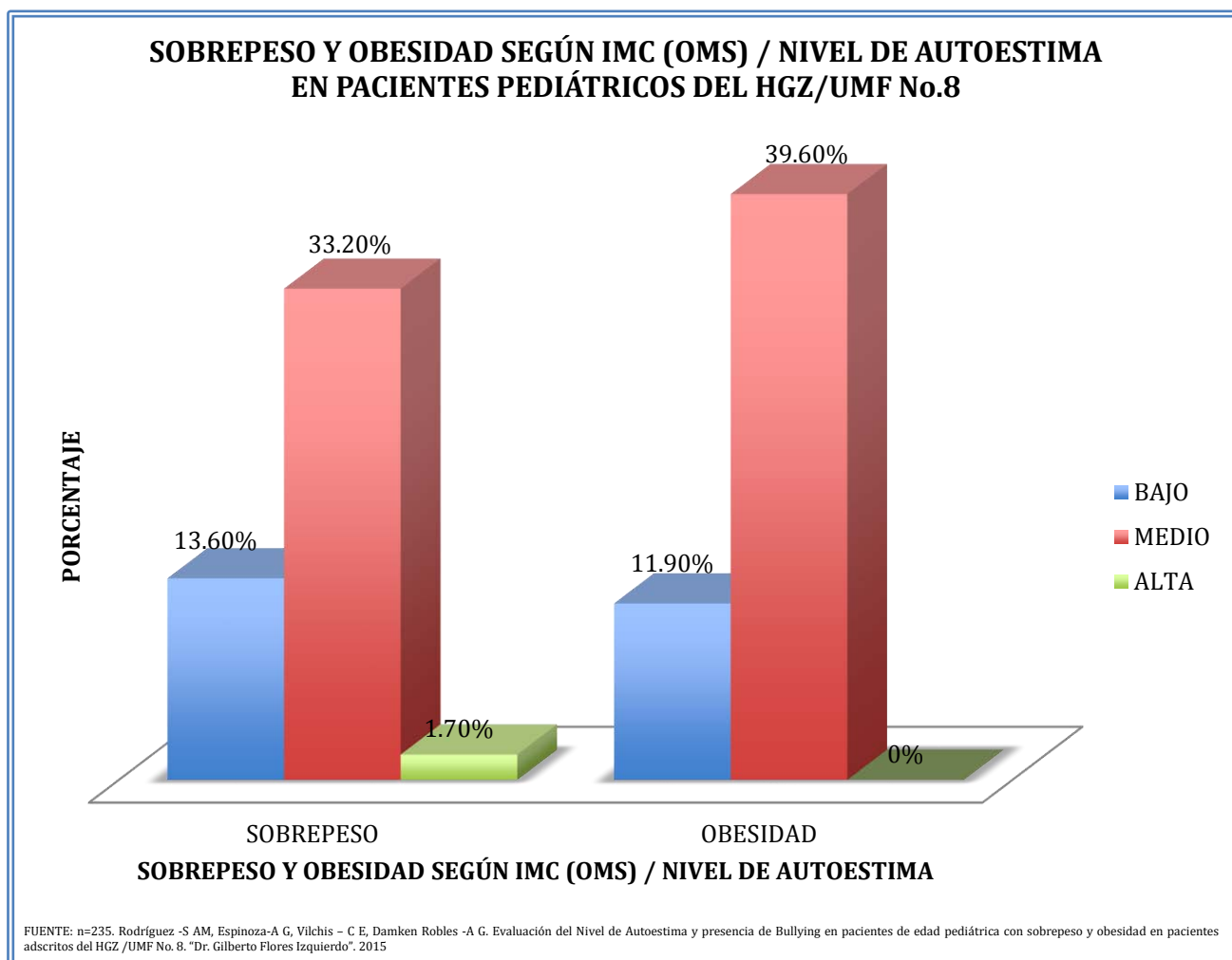


TABLA 22

SUFRIR VIOLENCIA / NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

Sufrió Violencia	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Sí	38	16.20%	127	54%	1	0.40%	166	70.60%
No	22	9.40%	44	18.70%	3	1.30%	69	29.40%
TOTAL	60	25.50%	171	72.80%	4	1.70%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 22

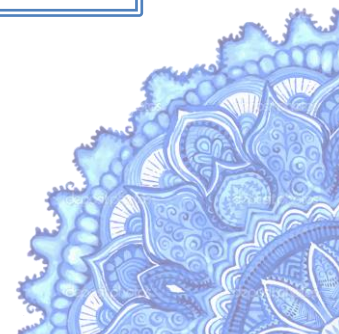
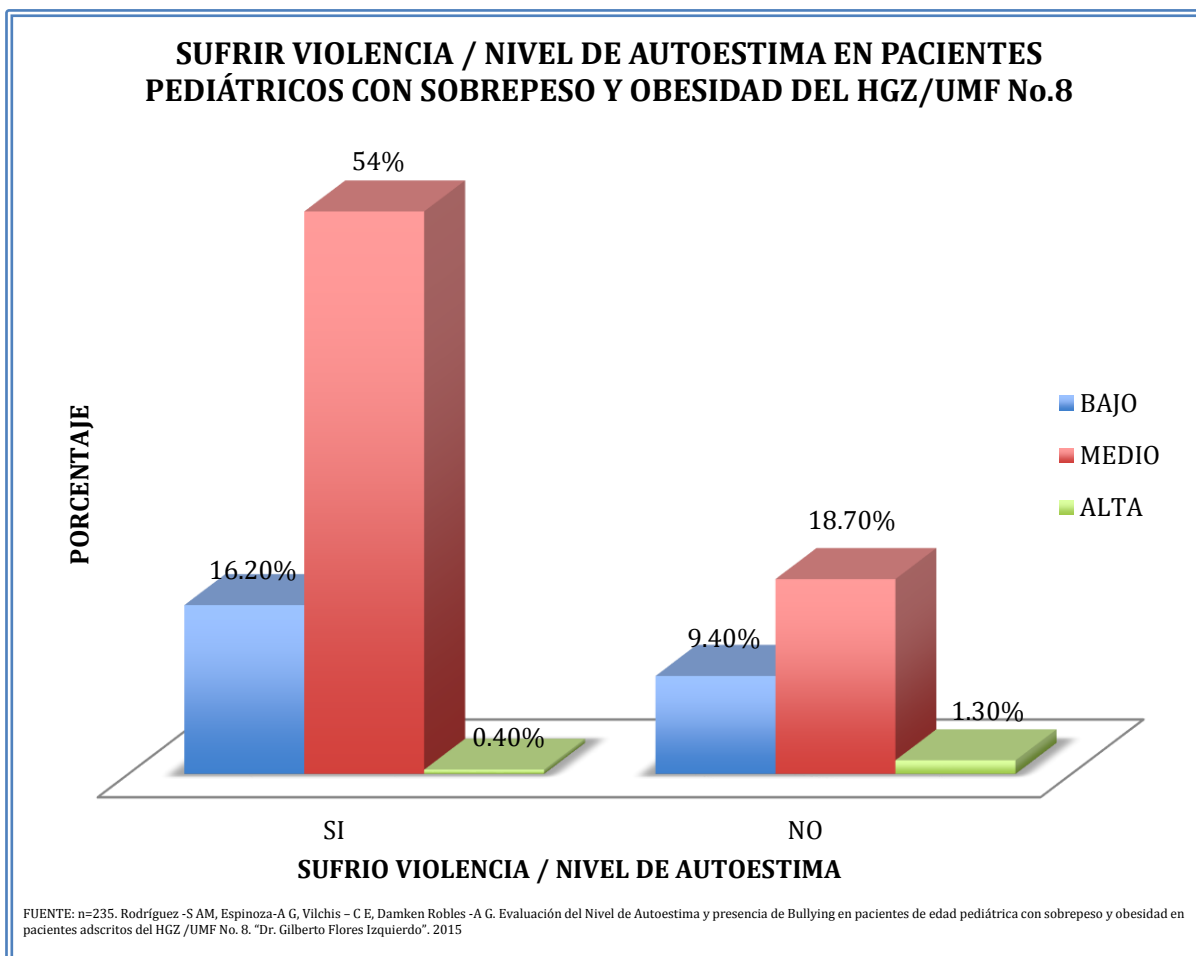


TABLA 23

FRECUENCIA DE VICTIMIZACIÓN / NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ /UMF No.8

Frecuencia de Victimización	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Nula	0	0%	7	3%	1	0.40%	8	3.40%
Baja	28	11.90%	91	38.70%	3	1.30%	122	51.90%
Mediana	27	11.50%	60	25.50%	0	0%	87	37%
Alta	5	2.10%	13	5.50%	0	0%	18	7.70%
TOTAL	60	25.50%	171	72.80%	4	1.70%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 23

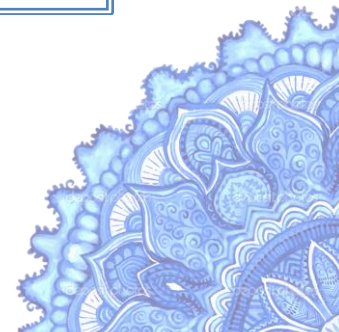
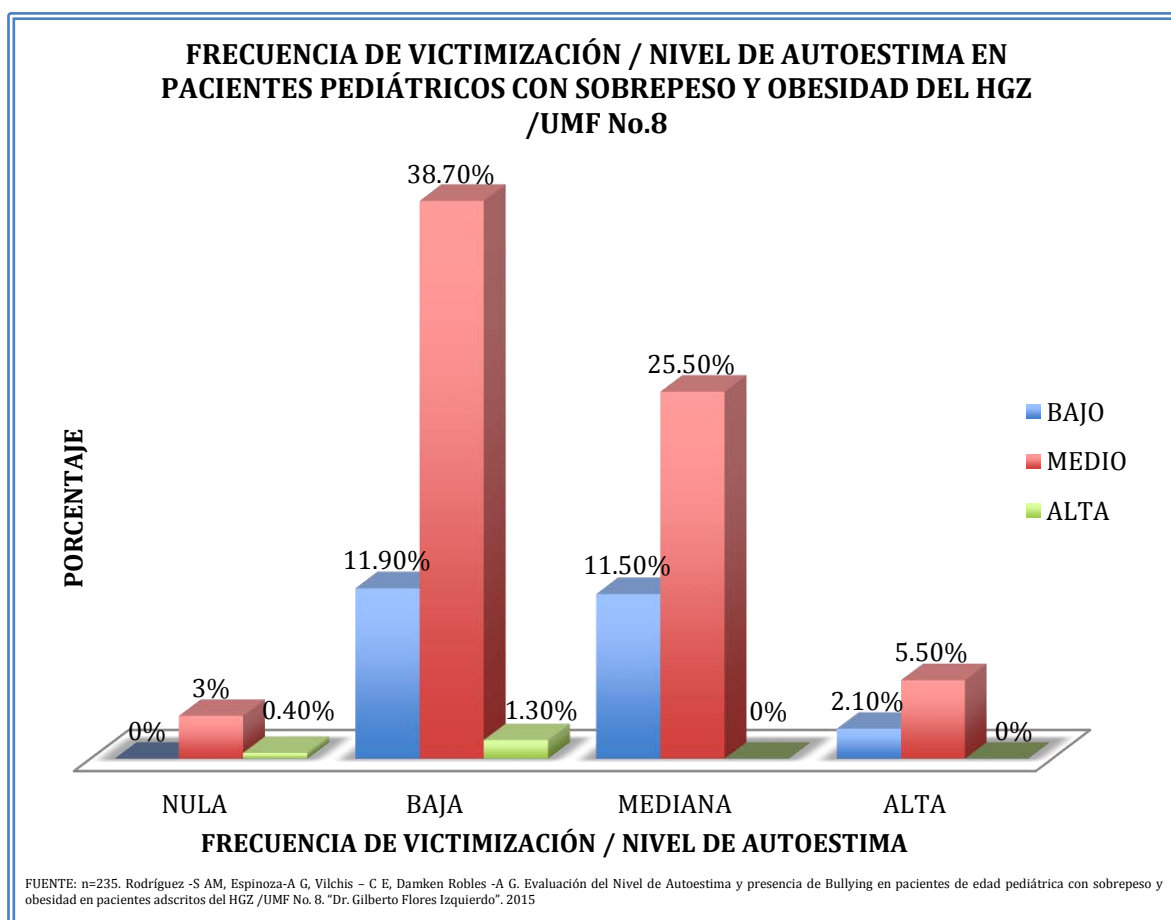


TABLA 24

EJERCIO VIOLENCIA / NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/ UMF No. 8

Ejerció Violencia	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Sí	10	4.30%	39	16.60%	0	0%	49	20.90%
No	50	21.30%	132	56.20%	4	1.70%	186	79.10%
TOTAL	60	25.50%	171	72.80%	4	1.70%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 24

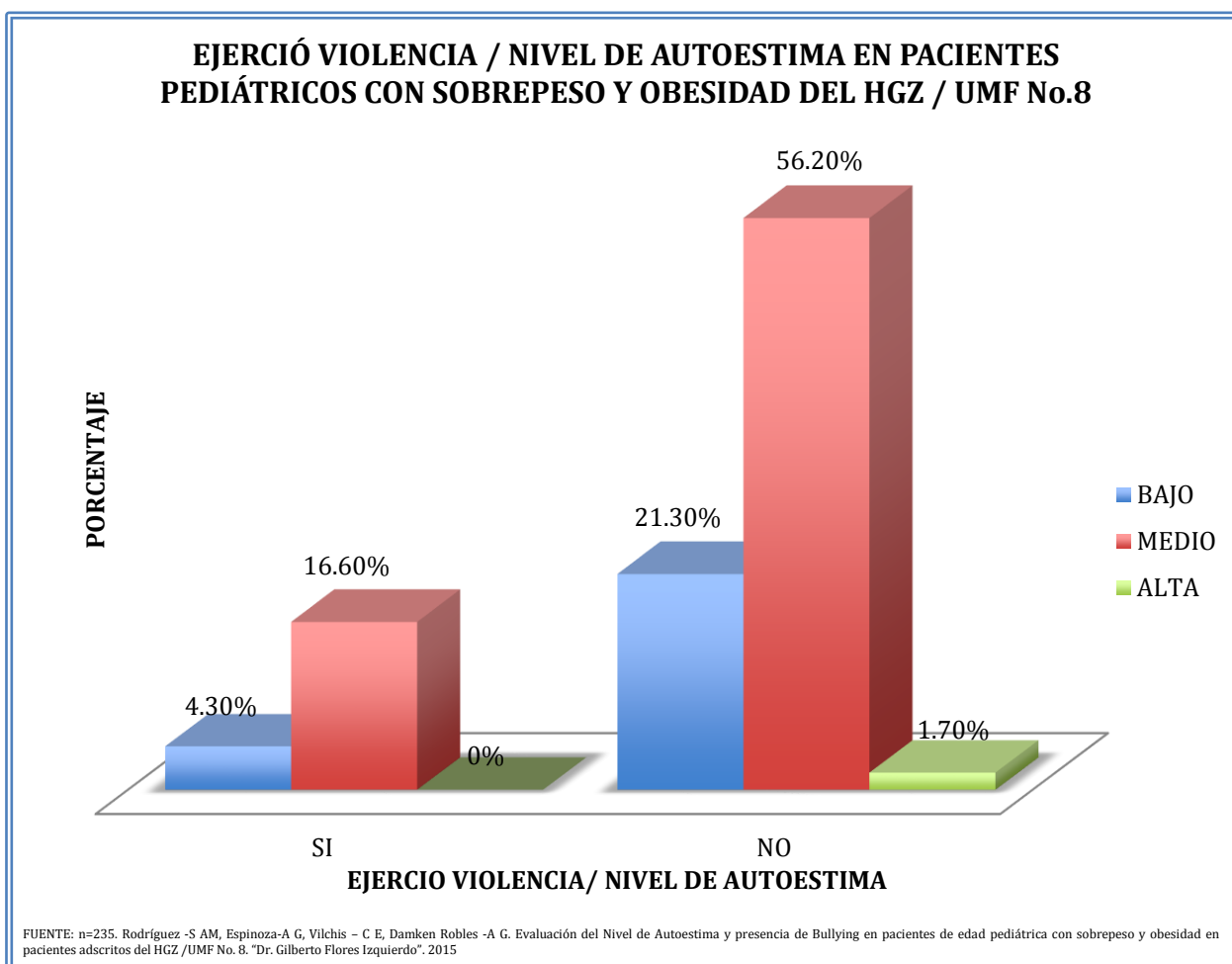


TABLA 25

FRECUENCIA DE AGRESIÓN / NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/ UMF No. 8

Frecuencia de Agresión	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Nula	6	2.60%	27	11.50%	0	0%	33	14%
Baja	46	19.60%	123	52.30%	4	1.70%	173	73.60%
Mediana	8	3.40%	20	8.50%	0	0%	28	11.90%
Alta	0	0%	1	0.40%	0	0%	1	0.40%
TOTAL	60	25.50%	171	72.80%	0	0%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 25

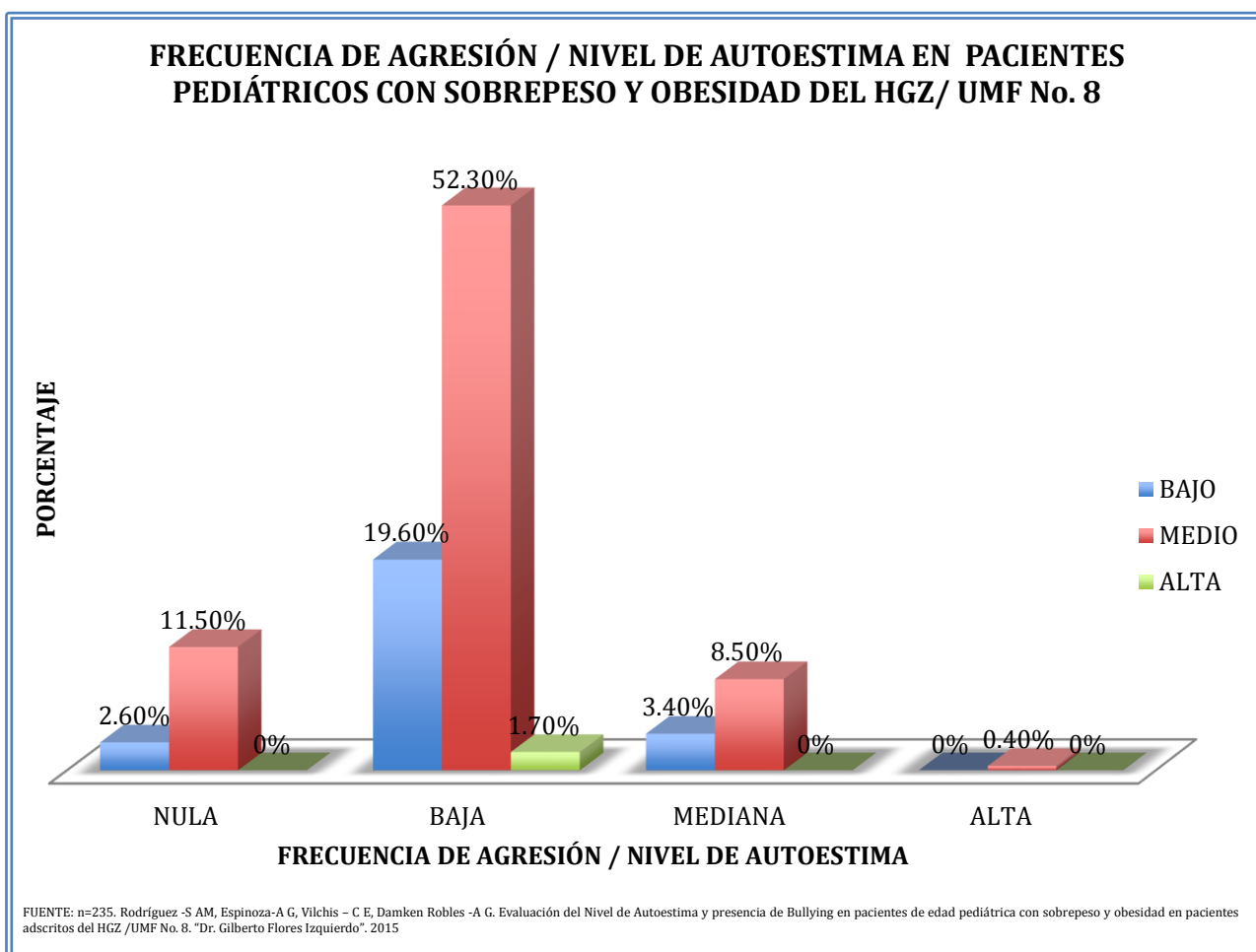


TABLA 26

FUE VÍCTIMA / SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

Fue Víctima	SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS)					
	Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	77	32.80%	89	37.90%	166	70.60%
No	37	15.70%	32	13.60%	69	29.40%
TOTAL	114	48.50%	121	51.50%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis – C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 26

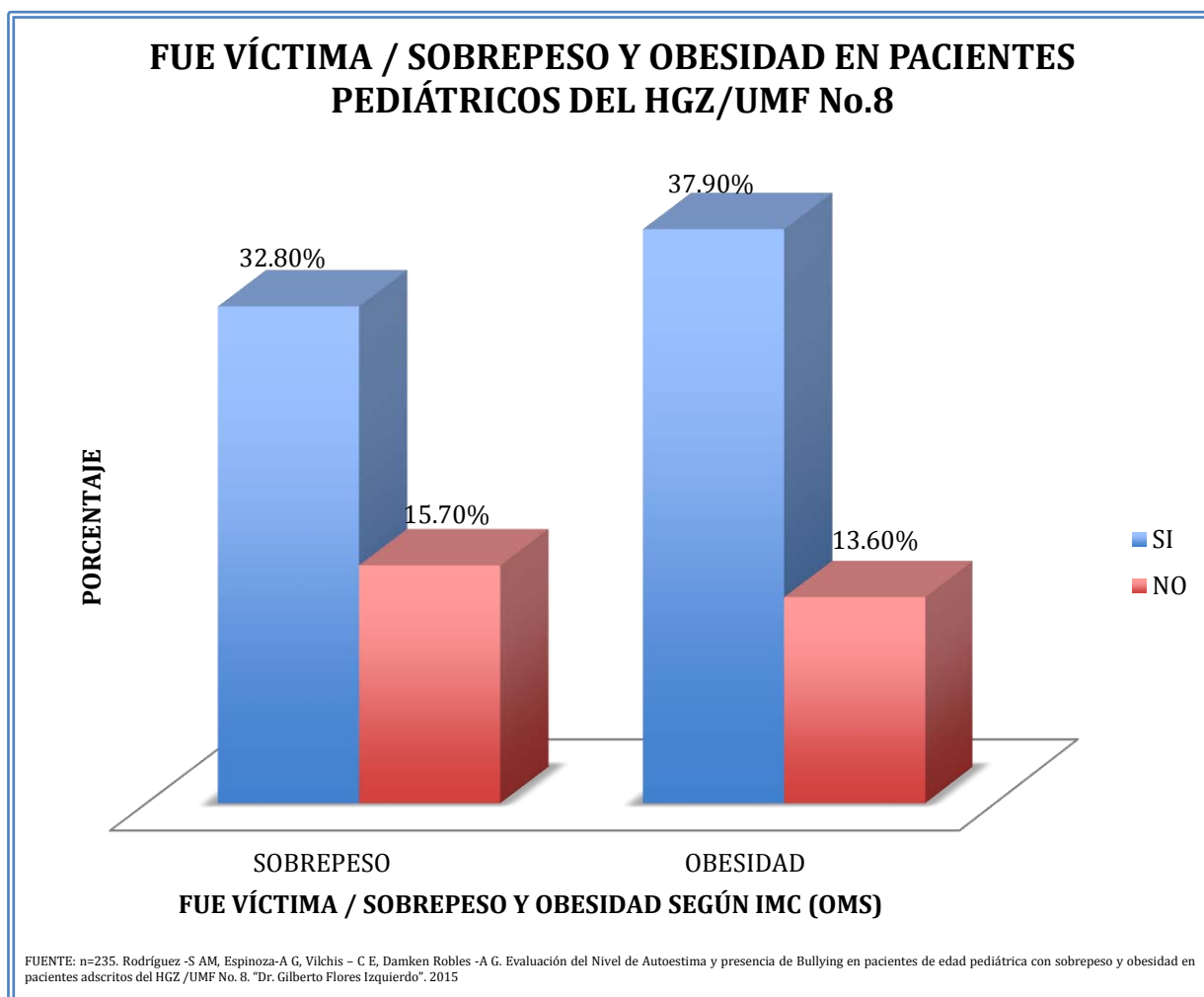


TABLA 27

FRECUENCIA DE VICTIMIZACIÓN / SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No. 8

Frecuencia de Victimización	SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS)					
	Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nula	2	0.90%	6	2.60%	8	3.40%
Baja	62	26.40%	60	25.50%	122	51.90%
Mediana	39	16.60%	48	20.40%	87	37%
Alta	11	4.70%	7	3%	18	7.70%
TOTAL	114	48.50%	121	51.50%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 27

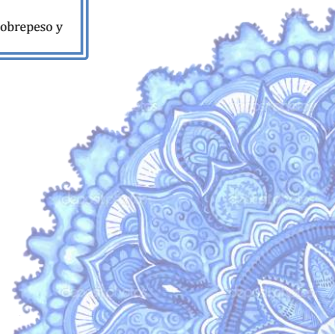
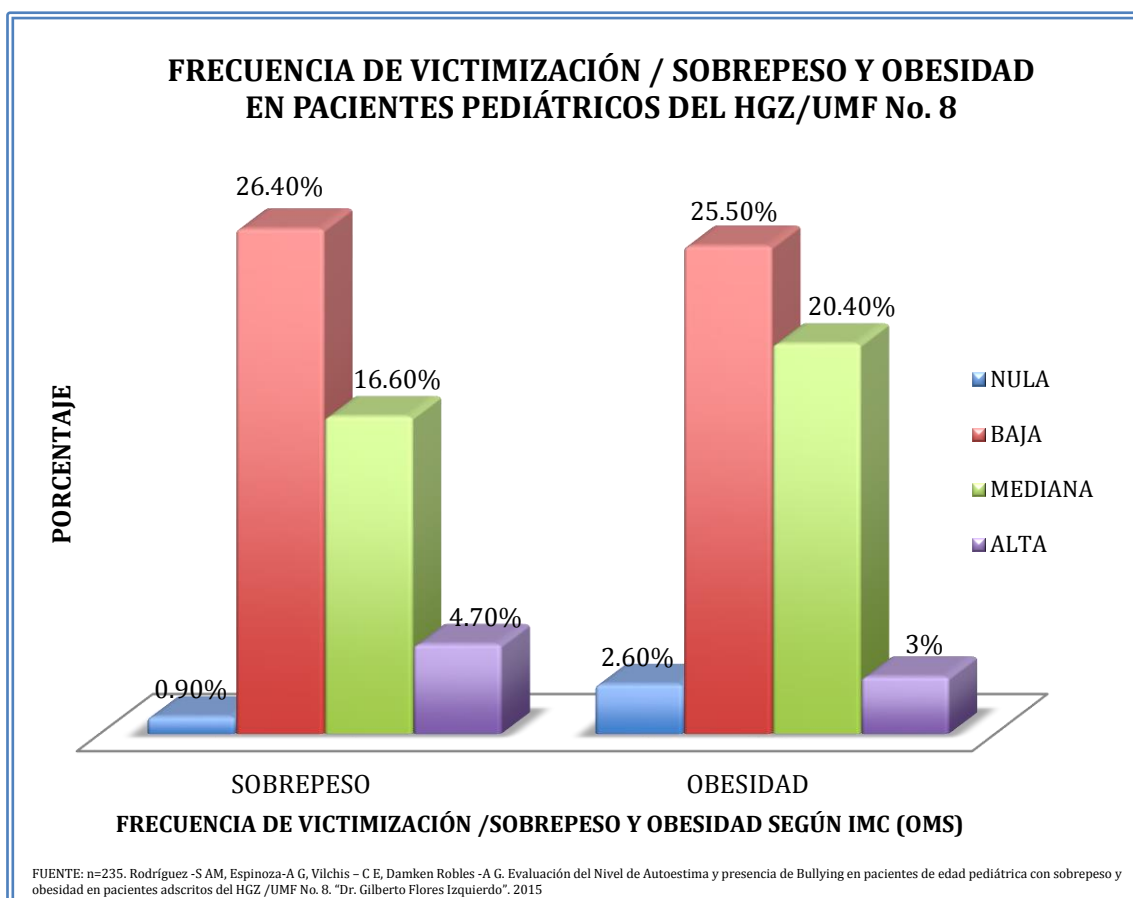


TABLA 28

EJERCÍO VIOLENCIA / SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

Ejerció Violencia	SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS)					
	Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	5.10%	37	15.7%	49	20.9%
No	102	43.4%	84	35.7%	186	79.1%
TOTAL	114	48.50%	121	51.50%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 28

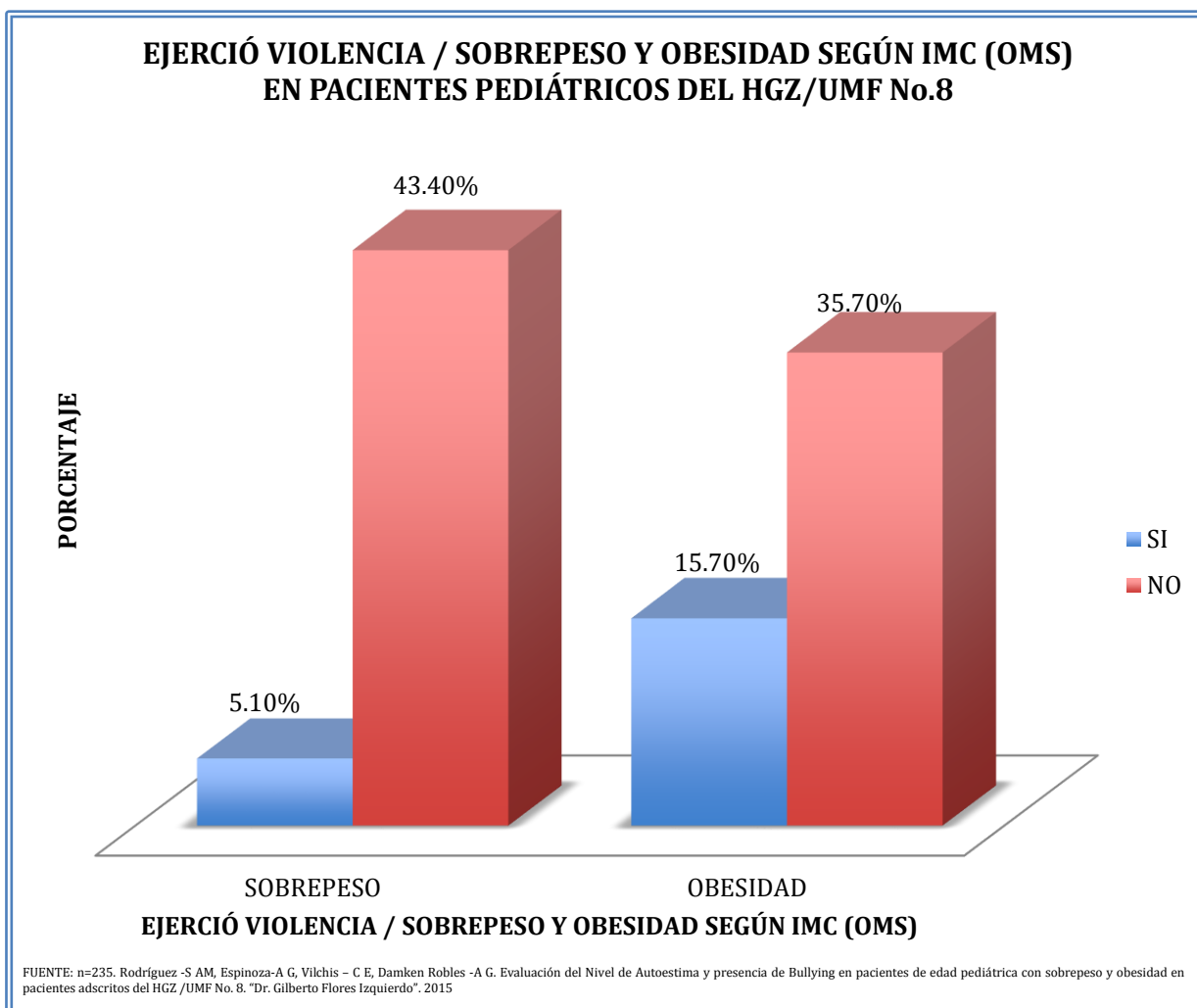


TABLA 29

FRECUENCIA DE AGRESIÓN / SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HGZ/UMF No.8

Frecuencia de Agresión	SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC (OMS)					
	Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nula	15	6.40%	18	7.70%	33	14%
Baja	88	37.40%	85	36.20%	173	73.60%
Mediana	10	4.30%	18	7.70%	28	11.90%
Alta	1	0.40%	0	0%	1	0.40%
TOTAL	114	48.50%	121	51.50%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 29

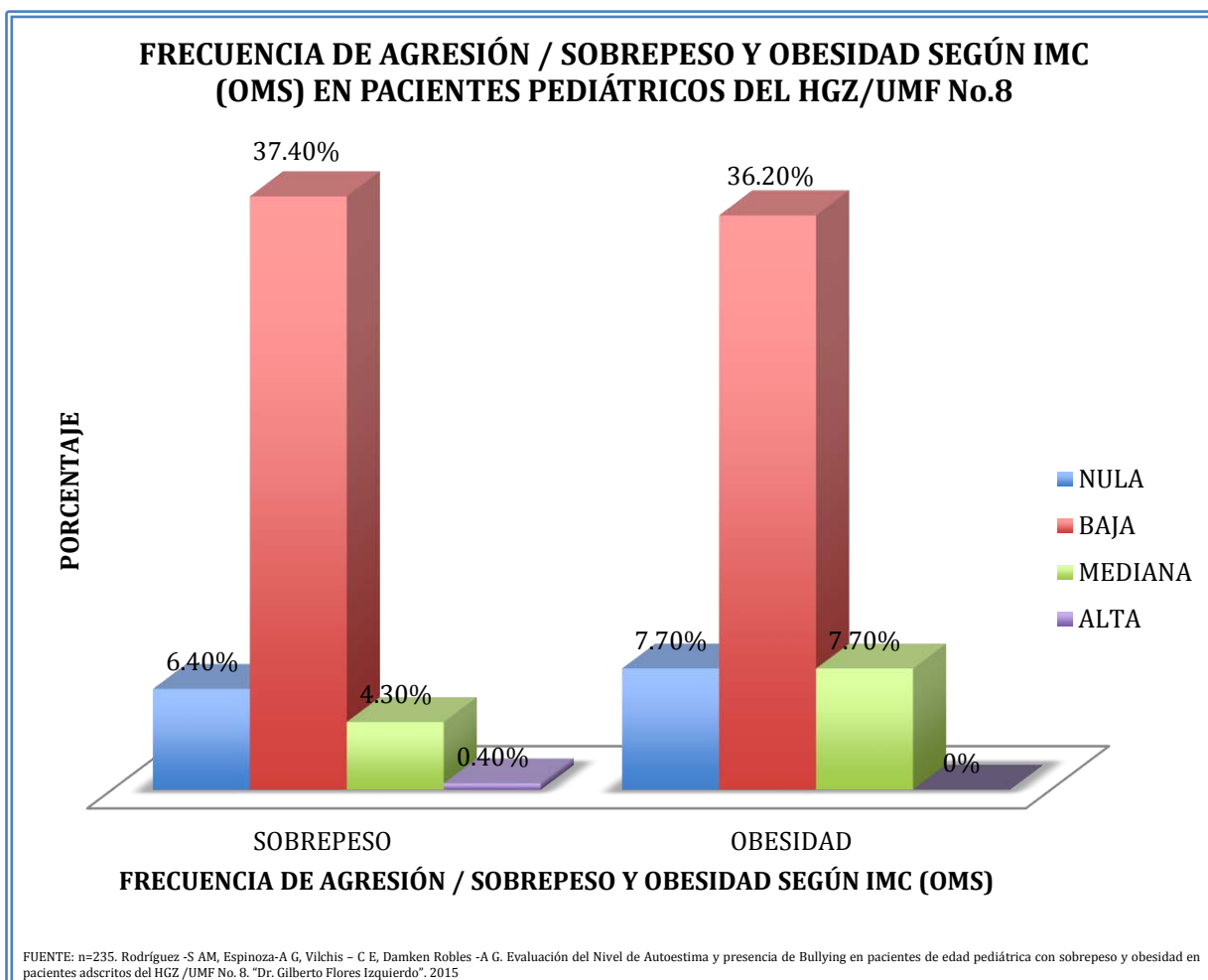


TABLA 30

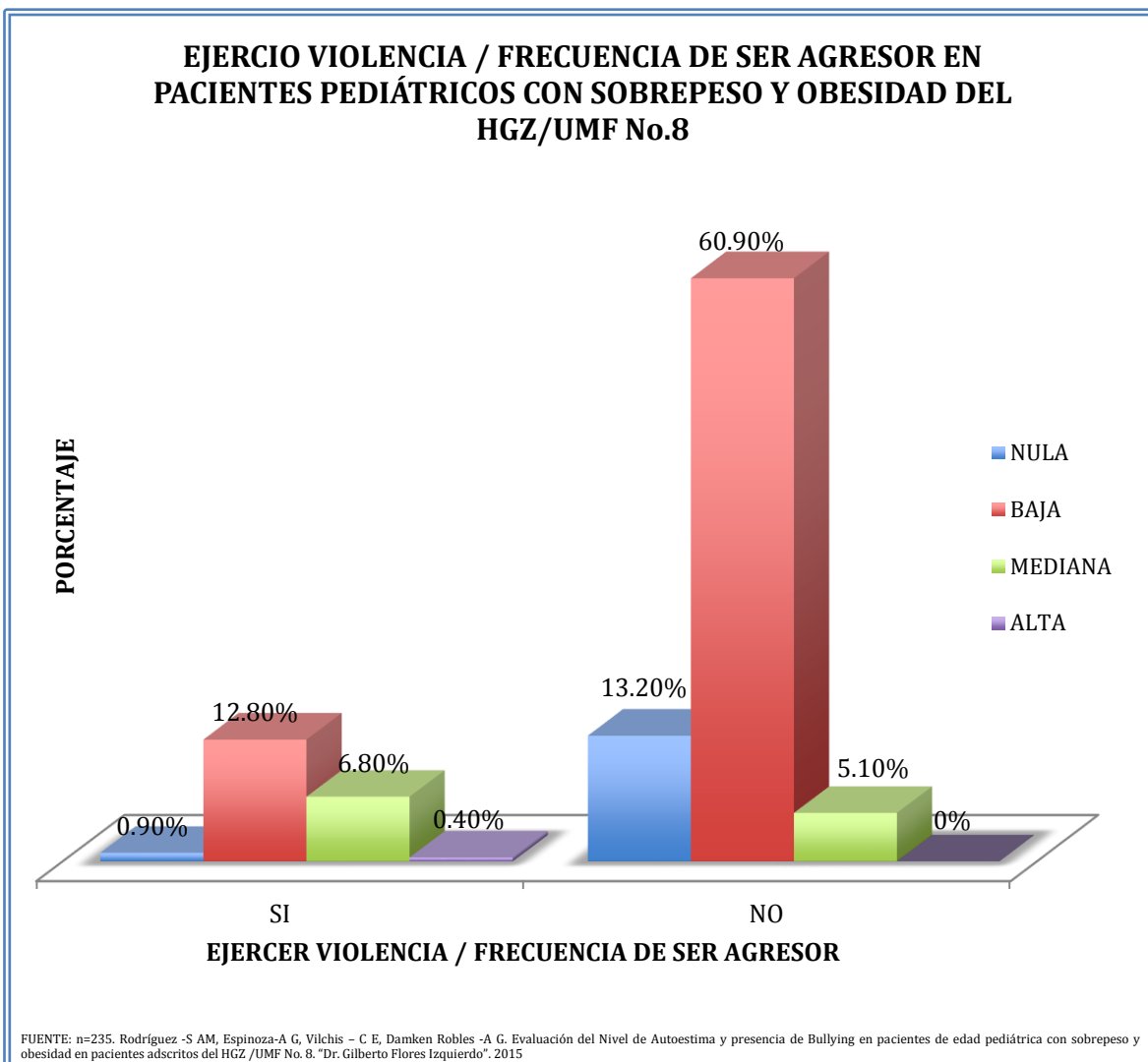
EJERCIO VIOLENCIA / FRECUENCIA DE SER AGRESOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

Ejerció Violencia	FRECUENCIA DE SER AGRESOR								TOTAL	
	Nula		Baja		Mediana		Alta			
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Sí	2	0.9%	30	12.8%	16	6.8%	1	0.4%	49	20.9%
No	31	13.2%	143	60.9%	12	5.1%	0	0%	186	79.1%
TOTAL	33	14%	173	73.6%	28	11.9%	1	0.4%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 30

EJERCIO VIOLENCIA / FRECUENCIA DE SER AGRESOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8



FUENTE: n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 31

SUFRIR VIOLENCIA / FRECUENCIA DE VICTIMIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No.8

Sufrió Violencia	FRECUENCIA VICTIMIZACIÓN								TOTAL	
	Nula		Baja		Mediana		Alta			
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Sí	0	0%	77	32.8%	74	31.5%	15	6.4%	166	70.6%
No	8	3.4%	45	19.1%	13	5.5%	3	1.3%	69	29.4%
TOTAL	8	3.4%	122	51.9%	87	37%	18	7.7%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 31

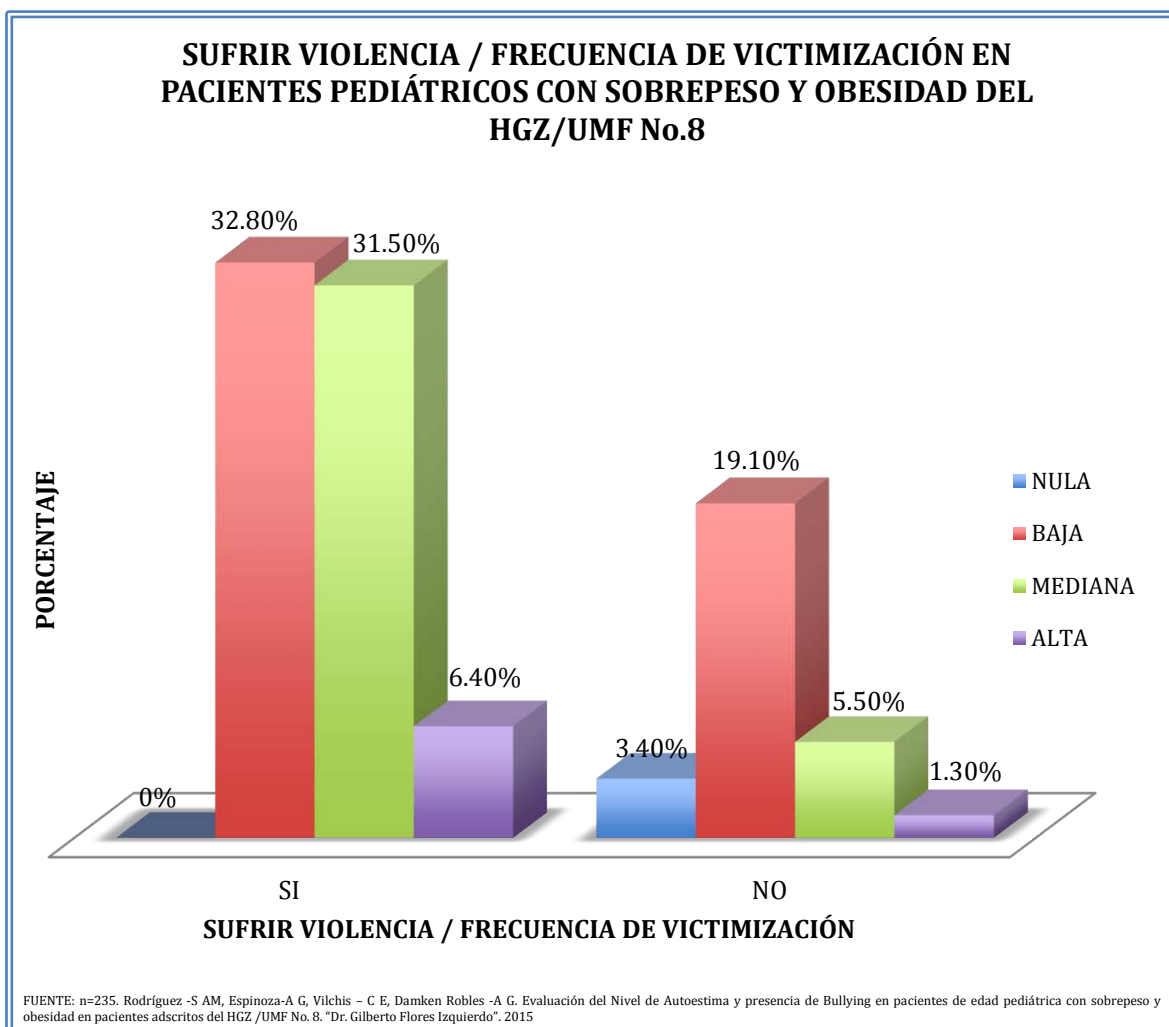


TABLA 32

SEXO / FRECUENCIA DE SER AGRESOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8

Sexo	FRECUENCIA DE SER AGRESOR								TOTAL	
	Nula		Baja		Mediana		Alta			
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Femenino	19	8.1%	107	45.5%	17	7.2%	1	0.4%	144	61.3%
Masculino	14	6%	66	28.1%	11	4.7%	0	0%	91	38.7%
TOTAL	33	14%	173	73.6%	28	11.9%	1	0.4%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 32

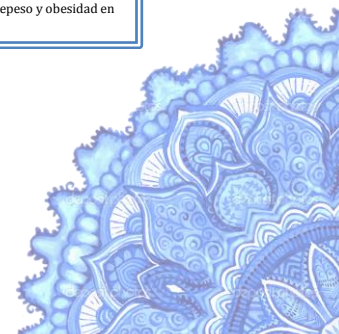
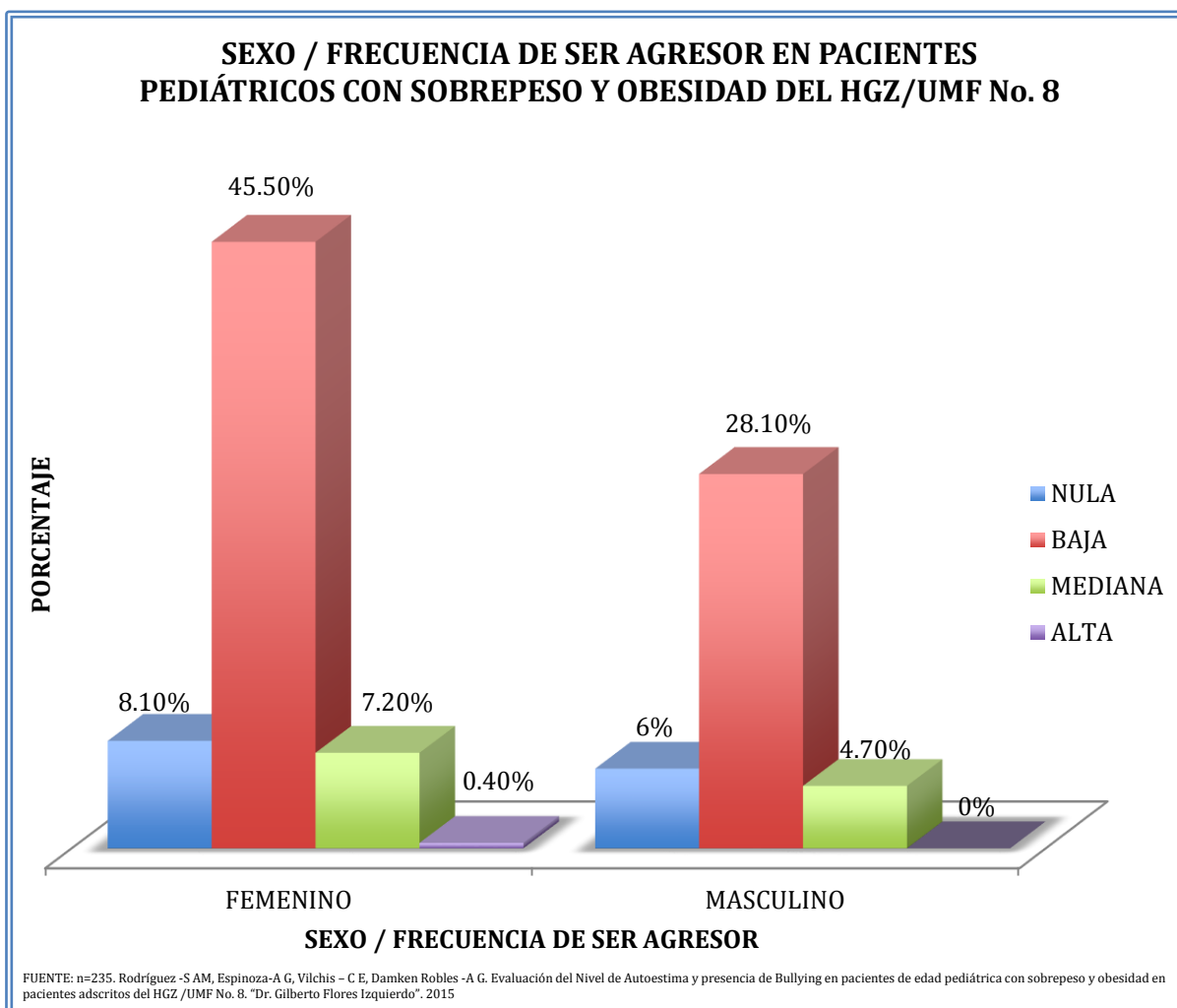


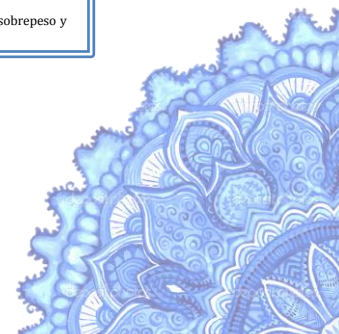
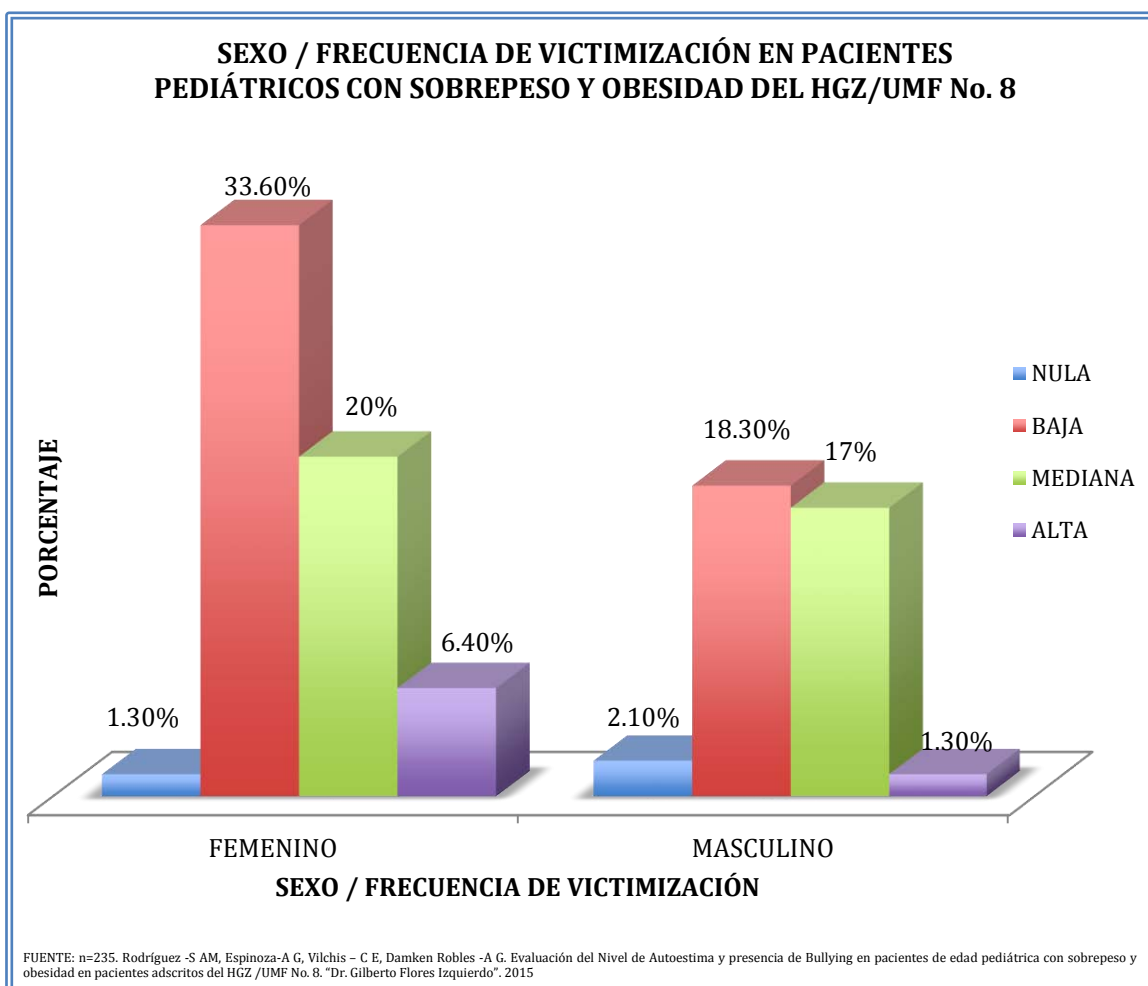
TABLA 33

SEXO / FRECUENCIA DE VICTIMIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8

Sexo	FRECUENCIA DE VICTIMIZACIÓN								TOTAL	
	Nula		Baja		Mediana		Alta			
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Femenino	3	1.3%	79	33.6%	47	20%	15	6.4%	144	61.3%
Masculino	5	2.1%	43	18.3%	40	17%	3	1.3%	91	38.7%
TOTAL	8	3.4%	122	51.9%	87	37%	18	7.7%	235	100%

FUENTE : n=235. Rodríguez -S AM, Espinoza-A G, Vilchis - C E, Damken Robles -A G. Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de Bullying en pacientes de edad pediátrica con sobrepeso y obesidad en pacientes adscritos del HGZ /UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRÁFICA 33



DISCUSIONES

Según Cunningham A. Solveing en “Incidence of Childhood Obesity in the United States” (USA, 2014). Donde estudió por 9 años a una población pediátrica (7738), encontrando que un tercio de los pacientes estudiados a los 5 años de edad comenzaban a presentar sobrepeso y obesidad. Mientras que nosotros hallamos que la edad en la que los padres (tutores) notaron o se diagnosticó el sobrepeso/obesidad fue en un 34% entre los 4-6 años. Coincidiendo de forma similar en nuestro estudio. Este importante aumento de inicio de sobrepeso y obesidad puede estar asociado al comienzo de la edad escolar en donde tanto dentro, como fuera de las escuelas existe venta de comida chatarra y se consume fuera de la vigilancia de los tutores. Aunque también es una situación que va en cadena, los padres con obesidad tienen más probabilidades de tener hijos con obesidad solo por el factor hereditario y si a esto se suma las prácticas alimentarias que los hijos adoptan de los padres y la poca actividad física, el problema aumenta.

El Dr. Meléndez Guillermo, en su publicación “Obesidad Infantil en México. Magnitud del problema y determinantes que la favorecen en la escuela y en la casa” (México, 2009). Enfatiza que la edad más común encontrada de sobrepeso y obesidad es entre los 5-11 años con un 26%. Por otro lado nosotros observamos que la edad más frecuente encontrada de sobrepeso y obesidad fue entre los 7-9 años de edad con 49.80%. Esta discrepancia en las cifras podría asociarse a que la fuente tomada es de hace 5 años y es bien sabido que lamentablemente la obesidad y sobrepeso va en aumento año tras año, así también las edades de presentación son más cortas conforme va aumentando el tiempo. Ya que con el transcurso de los años las familias y el ambiente en el que viven en la actualidad ha cambiado de lo que existía hace 30 años, las porciones de los alimentos han aumentado, la densidad calórica de los alimentos también ha aumentado, otro aspecto también es el advenimiento de la tecnología en casa, con las consolas de videojuegos, la televisión dando paso así al sedentarismo extremo y perpetuando esta condición.

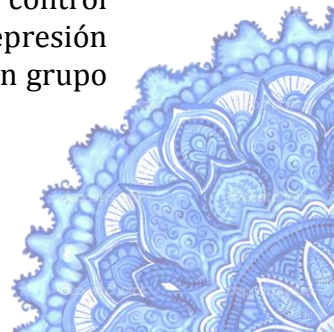
Ogden Cynthia L. Et.al, Prevalence of obesity in the United States – 2009-2010. (USA./CDC. 2012), reporta que la prevalencia de obesidad en edad pediátrica es mayor en hombres que en mujeres (18.6% en hombres y 15 % en mujeres). Nosotros encontramos que la proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (33.2%) que en hombres (15.3%); y para obesidad los datos revelan que el sexo femenino con obesidad fue mayor (28.1%) que en las de sexo masculino (23.4%). Si se comparan estas cifras es importante mencionar que México es más obeso que dicho país, esto puede estar asociado por los usos y costumbres que tenemos el nuestro. De forma interesante nosotros nos caracterizamos por ser una nación que por cada fecha especial se celebra comiendo, tanto en las buenas como en las malas. Existe aun la visión de “si esta gordito es por que esta sano”, mientras que en Norteamérica fomentan hábitos más saludables y cuentan con programas más sofisticados eficientes de prevención y tratamiento al sobrepeso y la obesidad en edades tempranas.

Aguilar Navarro Leticia, Et. Al. “Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8-15 años.” (Nuevo León/Mes, IMSS 2011) encontró que se cuenta con autoestima baja en el 5% de toda su muestra. Mientras que nuestro estudio reveló que un 25.5 % del conjunto de estos pacientes tienen un nivel bajo de autoestima también. Esta diferencia se podría explicar por la región geográfica de México en donde se realizaron los estudios, ya que tal vez el hecho de vivir dentro un área metropolitana más grande que la de Monterrey repercute directamente en el autoestima, también puede estar relacionado al hecho de que este estado, es un estado fronterizo y se empapa de la cultura de Estados Unidos de América. Aunado a que también puede estar asociada a una predisposición más alta en los pacientes del Distrito Federal presentar algún grado de trastornos con su imagen corporal, algunas otras variables externas que intervienen en la formación del autoestima presentes en los niños obesos son primeramente la obesidad en si misma, se sienten feos, al igual que se presenta el rechazo, el abandono, la sobreprotección, entre otros.

Espino Torres Edaena Susana en “La autoestima ante la presencia de obesidad infantil: Un estudio Comparativo” (México, 2011), nos menciona que la obesidad explica un 30.9% de la autoestima y por lo tanto, un 69.1% de la autoestima se encuentra explicada por otros factores. En este rubro nosotros integramos que el 74.80% tanto pacientes con sobrepeso y obesos cuentan con autoestima media, prácticamente no se ve del todo afectada por su condición. Esto puede entenderse por otros elementos que integran el autoestima, no solo el sobrepeso u obesidad en si, como la presencia de violencia familiar, la separación o divorcio de los padres, el alcoholismo, el fallecimiento de algún familiar y cualquier situación psicológica, mismos que están presentes tanto en los niños obesos como en los no obesos.

En una investigación hecha por Calderón C, Varea V Et. Al. en “Depresión, ansiedad y hábitos de alimentación en relación al IMC y el género en una muestra de adolescentes con obesidad” (Barcelona, 2009) señala que las mujeres tienen menor autoestima (10-15%) que los varones (5-10%). Mientras que nosotros notamos que el sexo femenino presenta más afección en este estado, con un 20.40% en autoestima baja, un cuarto más que la de los hombres (5%). Este fenómeno puede estar relacionado a que las mujeres tienden a incluir el aspecto físico más que el hombre, con connotaciones negativas. Mientras que la socialización masculina promueve una respuesta racional, un control interno y las estrategias centradas en la solución del problema, la socialización femenina refuerza estrategias menos eficaces, es decir, una mayor expresión y enfrentamiento emocional ante las dificultades. De manera más específica, la identidad femenina relacionada con “la indefensa”, suele asociarse a una baja autoestima.

Por otra parte Gussinyé. S. en Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil “Niños en movimiento” (Barcelona, 2011): En donde, comparo el autoestima en niños obesos y no obesos, determino que en relación a su grupo control (sin el padecimiento), tenían una autoestima menor y valores más altos de depresión y ansiedad; sabemos con esto, que aunque nuestra investigación no cuenta con grupo control, el autoestima se ve modificada en los niños con sobrepeso y obesidad.

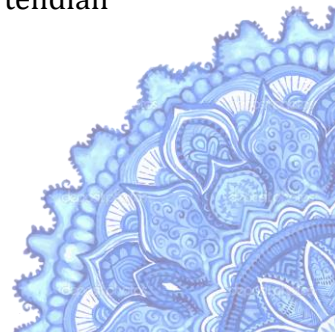


El autoestima alto solo se encontró en un 1.7% en sobrepeso y 0% con obesidad. Uno de los motivos por lo que este fenómeno puede estar encontrado es que los estándares de belleza y delgadez, necesarios para ser aceptadas socialmente, influyen en la percepción que tienen de su cuerpo. Las adolescentes con obesidad se comparan constantemente con las demás de su entorno y perciben que están muy lejos de alcanzar el ideal de belleza, por ello experimentan emociones y actitudes negativas respecto a sí mismas. La insatisfacción con la propia imagen, la influencia de los medios de comunicación, de los compañeros, de la familia y la dificultad para valorar de forma adecuada las dimensiones corporales propias, pueden suponer amenazas en el aspecto psicológico de los adolescentes que, en algunos casos, pueden conducir a la aparición de baja autoestima, depresión y otros trastornos psicológicos.

Anaya Gregorio Ivan, et al. “Factores socioeconómicos de bullying en escuelas secundarias públicas y privadas”. (Mexico, 2013), Determino que más del 50% de su población ejercían agresión a sus compañeros por presentar algún grado de sobrepeso u obesidad. Mientras que nosotros evidenciamos cifras superiores, ya que si se junta tanto pacientes con sobrepeso y obesidad el 73.60% de los encuestados al menos presentaron algún grado de violencia. Es importante notar que el ser víctima, afecta al adolescente en la construcción de su identidad personal, ya que esta situación influye en la forma como él se percibe y se siente en la situación donde es victimizado perdiendo de esta forma su sentido de bienestar psicológico en algunos de los contextos donde interactúa, es decir que puede llegar a generalizar la dificultad para utilizar la identidad personal como una forma de validarse dentro de diferentes contextos.

Gómez Nashiki, Antonio en “Bullying: El Poder de la Violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y victimas en escuelas primarias de Colima” (México, 2013) dice que más del 60% de su población estudiada sufría bullying a cargo de sus propios compañeros. Mientras que nosotros, dilucidamos que un 70.60% de los encuestados reportaron que si habían sufrido algún tipo de violencia, 77.10% fue de sus compañeros. Esto es debido a que la violencia entre compañeros es mas fácil y común de practicar ya que se encuentran en igualdad de condiciones, realizándose lejos de la supervisión de alguna autoridad.

Plata Ordoñez, Carolina Natalia Et. Al. “Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas del Bullying en un colegio de Chía ” (Colombia, 2010) determinó que la víctima puede ser activa o proactiva (55%), en donde se combinan la ansiedad y la reacción agresiva, que le permite al agresor validar su conducta; mientras que la víctima pasiva es insegura, se muestra poco y sufre en silencio por la agresión. Es sorprendente que nosotros analizamos este fenómeno, donde los pacientes victimas de bullying ejercían algún grado de violencia, un 21% mencionaron de forma deliberada que Sí la practicaban, pero al cruzar datos con los resultados del instrumento aplicado, nos percatamos que en realidad un 61% tendían a realizar actos violentos en baja frecuencia.



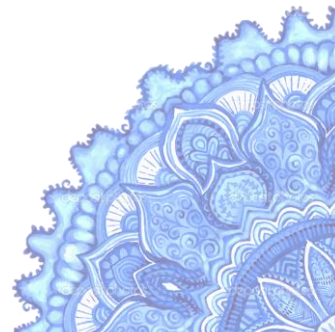
Uno de los elementos al analizar es el patrón que muestran este tipo de pacientes al tratar de reaccionar de forma agresiva a sus agresores, ya que cuando el adolescente es víctima de acoso o maltrato o se percibe en una situación de riesgo y amenaza ante los demás, confía en el deber de protección de las figuras adultas e instituciones de autoridad; sin embargo, los adultos no siempre ofrecen una protección perfecta, lo que puede resultar en la consiguiente decepción del adolescente en estos agentes, así como en la búsqueda de una alternativa informal de protección frente a los ataques de los iguales.

En el trabajo llevado a cabo por Estevez Jimenez y Moreno “ Cuando las víctimas de violencia escolar se convierten en agresores: “ ¿ Quién va a defenderme?”. (España, 2010). Mostraron que las víctimas agresivas se encuentran presentes en un 27%. En consecuencia averiguamos que 21% reportaron de forma deliberada ser agresivos, pero al aplicar el instrumento determinamos que el 86% realiza conductas agresivas desde baja hasta alta frecuencia, catalogándose así como Víctima activa. Esto puede deberse a que al ser víctima de Bullying trata de “defenderse”, algunas veces impulsado por sus padres o compañeros con el típico “defiendete o...”. Es de notar que la declaración explícita de ejercer conductas agresivas es menor que la reportada en realidad por el instrumento. Sin embargo con este fenómeno, la víctima recibe mayor rechazo por parte sus compañeros/as, puede tener problemas de concentración, hiperactividad y cierta disposición a reaccionar mediante conductas agresivas e irritantes, en consecuencia a corto plazo ser ese niño el que ejerza el Bullying.

Domínguez López Fabiola y Manzo Chávez Ma. Del Carmen y su estudio “Las manifestaciones del bullying en adolescentes” (México, 2011) reporta que el 66.7% de su población estudiada presentaba violencia. Mientras tanto nosotros vimos que el 96.3% de los pacientes con sobrepeso y obesidad encuestados mencionan haber sufrido bullying. Si se comparan estas cifras en la población escolar general, podemos ver una diferencia del 29.3% en pacientes con sobrepeso y obesidad. Por lo cual sí podría ser un factor de riesgo para sufrir violencia por padecer esta entidad. Ya que la mayoría de sus iguales tienen hacer burla de su apariencia física con exclusión social y agresión directa e indirecta.

A través de esta investigación se estableció la necesidad de continuar estudiando el fenómeno de sobrepeso y obesidad en edades tempranas, así como su autoestima y la tendencia al Bullying. Ya que al no haber bastos estudios al respecto del tema, uno de nuestros alcances importantes es el hecho de que esta investigación sea un parteaguas al dar paso a mas estudios de este tipo.

A partir de este estudio se logro relacionar algunos factores de riesgo para los pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad.



Otro alcance a futuro será la apertura a que se traten asuntos relacionados con esos niños que se sienten gordos a pesar de no estarlo y de aquellos obesos que ante la negación de los padres no hacen nada por cuidar de su salud, mismos que fueron discutidos en esta investigación, así como, temas que se refieran a la personalidad del niño obeso, y las probabilidades de que este niño obeso el cual nunca ha tenido tratamiento, se convierta en un adulto obeso violento, prejuicioso y llegue a cometer actos delictivos u otras acciones que pongan en riesgo su vida, ya que existe la posibilidad de que desde la adolescencia llegue a padecer trastornos alimenticios por el rechazo a su cuerpo y cansado de la constantes burlas.

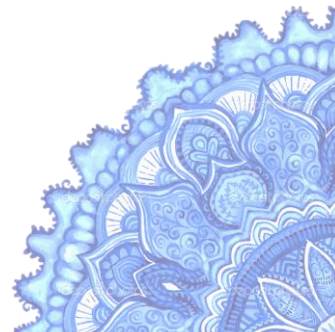
Dentro de las limitaciones de este estudio, podemos mencionar que es necesario realizar uno con un grupo control de no obesos, para poder determinar de forma más significativa si existe cambios o influencias secundarias de ser obeso o tener sobrepeso.

Para la realización de esta investigación, primeramente se abarca la base teórica y es aquí en donde se encontraron algunas limitaciones, pues en México, existen pocos datos sobre la frecuencia de obesidad en la infancia, sin embargo, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud que se llevó a cabo en 2012, muestra una alta prevalencia de este trastorno en la niñez; pero no sólo eso, sino las investigaciones encontradas acerca de la obesidad infantil fueron revisadas de otros países como EUA, Colombia, España y otros pocos en México pero utilizando información de experimentos e investigaciones hechas en otros países y no propiamente con población Mexicana, sobretodo el fenómeno de Bullying.

Otra limitación es la falta de apertura por parte de los tutores, en querer exponer la situación actual en la que se encuentran sus hijos o en muchas otras ignoran por completo en la situación en la que están siendo víctimas.

Otra gran limitación es la falta de investigaciones acuciosas al respecto del bullying, la obesidad/ sobrepeso en edades pediátricas y el autoestima. Para la creación de plataformas de estudios adecuados y poder ayudar de una forma optima a este tipo de pacientes. Por último también podría ser el hecho de no saber con exactitud que tipo de violencia es la que se ejerce (verbal o física)

Un sesgo importante notado en este estudio es el que los padres influyen y modifican la veracidad al realizar el instrumento. Como puede ser la no aceptación de tener sobrepeso u obesidad o ser víctimas de Bullying. Ya que según nuestra sociedad no lo contempla como un problema. También algunos pacientes tendían a olvidar o minorizar el hecho de haber sufrido violencia.



En cuanto a su impacto a los pacientes con este padecimiento, sus familias y el equipo de salud, la investigación juega múltiples funciones. Una de ellas es descubrir y diagnosticar de forma oportuna el sobrepeso y la obesidad. Otra de las finalidades es usar la investigación como una herramienta para crear programas, modelos o estrategias de intervención para prevenir o incidir en el Bullying y el autoestima de la población pediátrica obesa. A su vez pueden promover conductas saludables y positivas de impacto social, como la resiliencia, la dinámica familiar y el promover grupos antibullying.

Un aspecto a tomar en cuenta hacia el enfoque de Medicina Familiar , desde el punto de vista asistencial es la identificación temprana de Sobrepeso/Obesidad en niños y adolescentes, no solo para la disminución de factores de riesgo a nivel cardiovascular, sino también su estado anímico, autoestima y la prevención de Bullying.

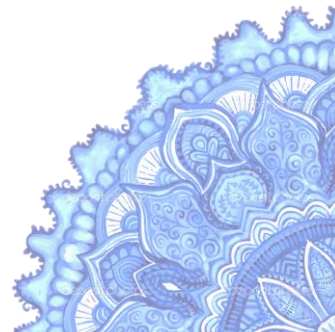
La realización de instrumentos que identifiquen la violencia o el nivel de autoestima, con esto formentar el envío temprano a psiquiatría o psicología según sea el caso.

Salida a escuelas cercanas a la unidad de adscripción para identificar a la población susceptible a sufrir violencia.

A nivel administrativo se propone la creación de programas interdisciplinarios que prevengan la obesidad infantil y actúan sobre aquellos que ya son obesos y evitar así también trastornos contrarios a la obesidad como lo es la anorexia y la bulimia; involucrar a los niños obesos para que convivan y se integren con sus compañeros; así como la concientización de aquellos niños que no son obesos para que respeten la imagen corporal y sentimientos de sus compañeros que tienen este factor de riesgo.

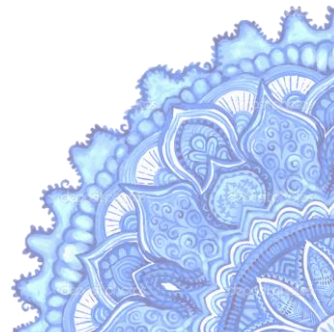
Llevando a cabo la prevención de la obesidad y sus consecuencias fisiológicas y psicológicas, se disminuiría los costos de las complicaciones a largo plazo que conlleva esta patología.

Se propone también a nivel nacional la prohibición de venta, no solo de palabra de algunos alimentos en las escuelas públicas, como la venta de dulces dentro y fuera de las escuelas y todo alimento chatarra y procurar la venta de alimentos sanos y nutritivos en las escuelas; sin embargo sabemos también que aunque en las escuelas se impulsen estas medidas, en la familia es donde se tienen los buenos y malos hábitos; por lo cual: En el plan docente y no solo entre el núcleo de médicos familiares, sino en nuestra comunidad la educación a los tutores de los alimentos brindados a sus hijos, el impulso de estilos de vida saludables, la comunicación activa y directa entre los miembros de la familia para detectar los focos rojos cuando sus hijos sean víctima de bullying en sus escuelas y tratarlos de forma oportuna. Fomentar una relación cordial entre los maestros y los padres de familia para crear alianzas en contra del Bullying.



En investigación, es importante impulsar este tipo de trabajos, para fomentar esta problemática, que no solo atañe un daño orgánico sino también uno emocional desde el autoestima hasta la victimización por parte de sus compañeros. Otra oportunidad de investigación sería el abordaje de la negación que los padres tienen para con sus hijos obesos y el sentimiento que les ocasiona ser padre de un niño con esta problemática. Otra sería también la asociación que se presenta entre un padre obeso y la predisposición a ser o construir un hijo con la misma condición clínica.

Como puede notarse, este tema da mucho para investigar, es por eso que se invita a que se tome en cuenta el esfuerzo puesto en la presente investigación y sea la obesidad/sobrepeso, autoestima y Bullying la línea a seguir en posteriores estudios ya que a México por ser uno de los países con gran incidencia en obesidad no sólo de niños sino de adultos, le hace falta que se comience a hacer algo por este mal en nuestro país y con nuestra población.



CONCLUSIONES

En la presente investigación, se cumplió el objetivo a evaluar el nivel de autoestima y presencia de Bullying en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, encontrando de acuerdo a la escala de agresión y victimización adaptadas al español en casi la totalidad de la población presentó algún grado de victimización, siendo en su mayoría con un 51.90% a una frecuencia baja en victimización y más de dos terceras partes de nuestra población presenta algún grado de agresión, siendo el 73.60% con frecuencia baja a la agresión. Mientras que la prueba de autoestima para niños y adolescentes una cuarta parte de la población tiene un nivel bajo de autoestima y 72.8% para nivel medio de autoestima.

Con los datos obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula, ya que los pacientes en edad pediátrica con obesidad y sobrepeso sí sufren un grado de Bullying y ninguno tiene nivel alto de autoestima. Concluyéndose que si esta alterada el estado psicológico en general de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

El bullying es un fenómeno que siempre ha existido en nuestra sociedad, sin embargo en los últimos tiempos el grado de violencia es tal que incluso ha costado la vida a quienes la sufren. Encontramos que aumenta el riesgo un 29.3% por el hecho de tener sobrepeso y obesidad. Por lo cual se afirma que padecer esta entidad es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de sufrir Bullying. Motivo por el cual la difusión de programas antibullying y sensibilización para quienes la ejercen es prioritaria y así disminuir estas estadísticas alarmantes. Así como apoyo psicológico a los pacientes que ya la sufren.

Estos programas pueden estar más enfatizados en el sexo femenino, ya que más de la mitad de ellas son más propensas a sufrir bullying con una proporción 2:1 en comparación con el sexo masculino. De la misma forma las mujeres tienden a presentar más conductas agresivas en comparación con los hombres (2:1). De tal forma que se puede concluir que pertenecer al sexo femenino es un factor de riesgo para ser víctima y también para ser agresor. Sin embargo desconocemos que tipo de agresión es la que predomina en el sexo masculino y femenino, siendo esto un área de oportunidad para futuras investigaciones.

Otra manifestación hallada es como los víctimas de bullying también ejercen algún grado de agresión a sus compañeros como forma de defensa a sus ataques, si bien encontramos que más de la mitad de las víctimas, también ejercen algún grado de agresión a sus iguales. Esto es de suma importancia ya que los especialistas señalan que hasta un 10% de este tipo de víctimas tienden en un futuro a corto-mediano plazo convertirse en agresores y así, el Bullying es un círculo vicioso que nunca acaba, de tal forma que los programas antibullying deben fomentarse para acabar con este fenómeno.

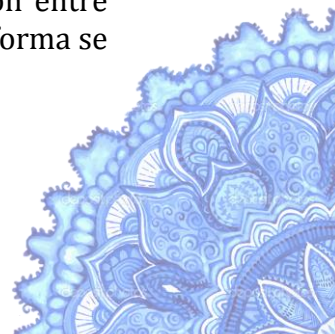
Es sabido que el autoestima esta formada por múltiples rubros que integran a un individuo. En este aspecto podemos enfatizar que el hecho de padecer sobrepeso y obesidad no marca del todo el nivel de autoestima en un individuo, ya que tres cuartas partes de ellos tenían un nivel medio de autoestima, así también la asociación entre ser víctima de Bullying y ejercer agresión afecta su autoestima en solo una cuarta parte de nuestra población. Con esto se finaliza que el autoestima la conforman otros componentes dentro del individuo y no solo ser obeso o sufrir de bullying, esta puede estar apoyada por la dinámica familiar en la que se encuentren y otros factores de índole psicológica. Ya que el nivel de adaptabilidad que cada niño o adolescente tiene, determina la capacidad de análisis, interpretación y respuesta que tendrá en la adversidad o bien, en las experiencias positivas a lo largo de su vida. Para aquellos pacientes que les modifica el autoestima dichos componentes, la implantación de programas de esta naturaleza, en los que se combina educación nutricional y técnicas psicológicas destinadas a la modificación de las variables asociadas a la obesidad y Bullying, se cubren de forma satisfactoria los objetivos propuestos.

Por otra parte, como ya se menciona la mayoría de los pacientes contaban con un autoestima media, es relevante notar que al menos ningún obeso tenía un nivel de autoestima alto; esto puede deberse a que un trastorno de la imagen corporal, salen del estándar de “belleza” actual, siendo esto un impedimento para que se eleve su nivel de autoestima y orillando a estos pacientes a permanecer en un nivel medio.

Las propuestas en el papel del médico familiar es siempre enfatizar el enfoque de riesgo, tanto en la prevención como el seguimiento de los pacientes que ya cuentan con alguno. Una de las visiones es siempre enfatizar un ambiente de confianza para facilitar y fomentar la comunicación entre el pacientes y los miembros de la familia, de tal forma poder fomentar redes de apoyo y dar pautas que procuren el aumento del autoestima y así, la disminución y erradicación de víctimas de bullying. El tratamiento debe ser integral para facilitar no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico, para el fortalecimiento de su autoestima.

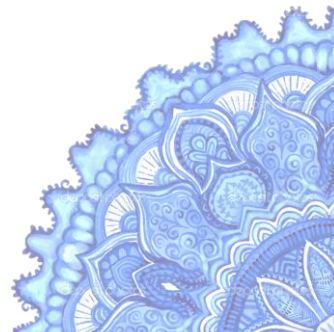
Para quienes deseen continuar sobre esta línea de investigación, se propone la realización en un estudio con un mayor número de pacientes, así también con un grupo control para determinar si existe realmente una modificación en el autoestima de pacientes en edad pediátrica. También un estudio multicentrico que involucre mas unidades en diferentes estados de la República para determinar si existe algun fenomeno social/geográfico relacionado al sobrepeso y obesidad.

También seria de importancia poder seguir realizando estudios de este rubro tanto en la prevención del sobrepeso y obesidad infantil, como el Bullying en esto seria también conveniente la aplicación de otros instrumentos, como el de agresión entre pares, que nos enfatiza bajo que rubro específico esta siendo victima y de esa forma se sabria con mayor exactitud que tipo de violencia es la que predomina.



La obesidad se ha convertido en los últimos años en una pandemia mundial que afecta a la población de todos los grupos de edad. Este problema en la infancia y adolescencia se vuelve muy importante porque las prácticas de alimentación y actividad física en esta edad repercuten en el estado de salud del niño y, posteriormente, en la salud del adulto y en la economía del país. Es necesario buscar estrategias que ayuden a prevenir y disminuir el problema y evitar las consecuencias en la salud física, mental y economía para el individuo, familia, comunidad y país.

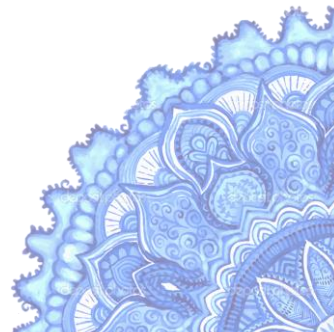
En este estudio se comprobó que el sobrepeso y la obesidad no solo es una entidad que da consecuencias de origen físico, sino la psicológico en edad pediátrica, por lo cual es importante que el médico de familia tome en cuenta esta asociación para hechar mano de los recursos preventivos, terapéuticos y de difusión antes mencionados. También ampliar los estudios al este respecto para hacer mas integrales y así, combatir la obesidad y acabar con sus terribles consecuencias.



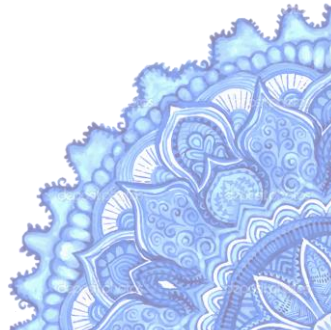
BIBLIOGRAFÍA

1. C. Azcona San Julián. Obesidad Infantil. Rev. Española de Obesidad. 2005; 3 (1): 26-39.
2. Cherner Noelia. Comportamiento de la relación entre índice de masa corporal y antecedentes familiares en niños de 5 a 13 años de la ciudad de rosario. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Invenio, vol. 13, núm. 25, noviembre, 2010, pp. 135-144.
3. López Navarrete Gloria Elena, Perea Martínez Arturo, Loredó Abdolá Arturo. Obesidad y Maltrato Infantil. Un fenómeno Bidireccional. Acta Pediatría México INP 2008; 29(6): 342-6.
4. Aguilar Coronado Midory, et al. Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: Un problema que pesa. Revista de Enfermería Herediana, 2010; 3(1) PP. 49-54
5. Alvarado Sánchez Alicia María, Guzmán Benavides Evelyn, González Ramírez. Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en psicología, vol. 10, número 2, julio-diciembre, 2005 PP. 414-428.
6. Trautmann Alberto. Maltrato entre pares "Bullying". Una visión actual. Revista Chilena Pediátrica 2008; 79(1) : PP.: 13-20
7. Manzo Chávez María del Carmen. Las manifestaciones del Bullying en adolescentes. Revista de Psicología (Nueva época). 8(17), 17-33 (2011).
8. L J Griffiths, D Wolke, A S Page, J P Horwood, the ALSPAC Study Team. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. Arch Dis Child 2006; 91:121-125. doi: 10.1136/adc.2005.072314.
9. Cuadernos de Pediatría Social. Obesidad Infantil. Sociedad de Pediatría Social. Número 14, junio 2011. Pags.1-34.
10. O'Donnell, A. et al. Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo? Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), Buenos Aires, Argentina. 2005.
11. Mercado Pablo y Vilchis Gonzalo. La obesidad infantil en México. Alternativas en Psicología. Revista semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2013.
12. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Obesidad Infantil. Secretaría de Salud. México Noviembre 2006. Pág. 1-6.
13. Ricardo Jorge Hernández Herrera. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en 407 niños en el Noreste Mexicano. Medicina Universitaria 2011;13(51):Págs: 79-83.
14. García Fuentes. Obesidad infantil en España. Epidemiología, comorbilidades y prevención con especial referencia a la población adolescente. En: Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad (SIAS-6). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad de Pediatría Social, 2007. Págs.: 211-226.
15. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, D.F., Págs.: 94-97.

16. Cunningham A Solveing y Kramer R. Michael. Incidence of childhood obesity in the united states. The New England Journal of Medicine. Enero 30, 2014. Vol. 370 No. 5. Págs.: 403-411.
17. Meléndez Guillermo. Obesidad Infantil en México. Magnitud del problema y determinantes que le favorecen en la escuela y en la casa. Fundación Mexicana para la Salud AC. México. 29.Enero2012. Págs. 1-4.
18. Ogden L. Cynthia et.al. Prevalence of Obesity in the United States, 2009-2010. US. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. No. 82 Enero 2012. Págs.: 1-7.
19. Aguilar Navarro Hilda Leticia. Et al. Factores psicosociales asociadas a sobrepeso y obesidad en niños de 8-15 años. *Pediátrica de México* Vol.13 Num1-2011. Págs. 17-23.
20. Espino Torres, Edaena Susana. La autoestima ante la presencia de obesidad infantil; Un estudio Comparativo. UMICH. México 2012. Págs. 1-27.
21. Calderón C. Varea V Et al. Depresión, ansiedad y hábitos de alimentación en relación al IMC y el genero en una muestra de adolescentes con obesidad. Centro de Salud Nutricional. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Barcelona 2009. Págs. 14-24.
22. Gussinyé Canabal Sandra. Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil "Niños en movimiento". Población infantil y juvenil. Madrid: IM&C, S.A. Barcelona 2011
23. Anaya Gregorio Iván. Factores socioeconómicos del bullying en escuelas secundarias públicas y privadas. Primer Congreso estudiantil de Investigación del Sistema incorporado. UNAM México. 2013. Págs.: 1-26.
24. Gómez Nashiki, Antonio. Bullying: el poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y victimas en escuelas primarias de Colima . *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 18, núm. 58, 2013, pp. 839-870 .
25. Plata Ordoñez, Carolina Natalia; Riveros Otaya, María del Carmen; Moreno Méndez, Jaime Humberto Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas del bullying en un colegio del municipio de Chía *Psicología. Avances de la disciplina*, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, 2010, Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia Págs. 99-112
26. Estefanía Estévez, Teresa I. Jiménez, David Moreno Cuando las víctimas de violencia escolar se convierten en agresores: "¿Quién va a defenderme?" *European Journal of Education and Psychology*, vol. 3, núm. 2, diciembre, 2010, Págs. 177-186, Editorial CENFINT España
27. Domínguez López Fabiola y Manzo Chávez María del Carmen. Las manifestaciones del bullying en adolescentes. *Revista de Psicología (Nueva época)*, 8 (17), México. 2011 págs. 19-23.



ANEXOS





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF N 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

CUESTIONARIO DE DATOS

Para la participación en el proyecto:

“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA Y PRESENCIA DE BULLYING EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta un cuestionario que esta conformado por 3 partes, la primera de datos generales, segunda escala de agresión y victimización y por ultimo la de autoestima. Es importante no dejar ningun espacio en blanco. Marque con una X según le convenga. En caso de tener alguna duda sobre este cuestionario favor de informarle al aplicador. Cuenta con 30 minutos para contestarla. Recuerde que es confidencial, sea lo más sincero posible. Gracias.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

1. EDAD: _____ AÑOS _____ MESES
2. SEXO: 1() MASCULINO 2() FEMENINO
3. PESO: _____ KG TALLA: _____ MTS PERCENTIL: _____
4. ESCOLARIDAD: 1() PRIMARIA 2() SECUNDARIA 3()
PREPARATORIA
5. RELIGION: 1() CATOLICA 2() CRISTIANA 3() NINGUNA 4() OTRA

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

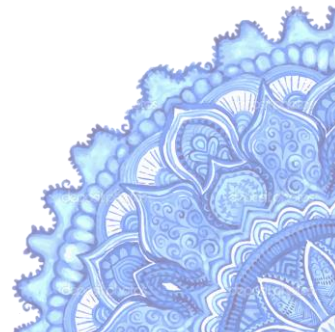
6. PARENTESCO: 1() MADRE 2() PADRE 3() ABUELO 4() OTRO
EDAD: _____ AÑOS

DATOS GENERALES DEL TUTOR

7. SEXO: 1() MASCULINO 2() FEMENINO
8. ESTADO CIVIL: 1() SOLTERO 2() CASADO 3() DIVORCIADO 4()
VIUDO 5() UNION LIBRE 6() SEPARADO.

A su percepción:

9. ¿Desde que edad noto que su hijo (a) tiene obesidad o sobrepeso? _____ AÑOS _____
MESES
10. ¿Su hijo (a) ha sufrido violencia en su escuela? 1() Sí 2() NO
11. Si la respuesta es afirmativa, de quien la ha sufrido?
1() COMPAÑEROS (AS) 2() MAESTRO (S) 3() OTRO
12. Considera que su hijo(a) ha ejercido agresión sobre algún compañero
1() Sí 2() NO



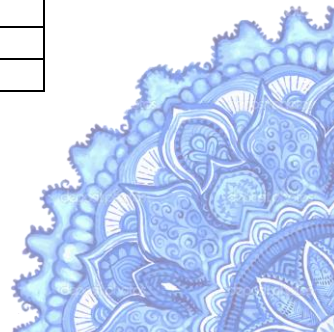
ESCALA DE AGRESIÓN Y VICTIMIZACIÓN ADAPTADAS AL ESPAÑOL

Escala de Agresión								
Contesta las siguientes preguntas pensando en lo que realmente te pasó a ti en los últimos 7 días. Para cada pregunta, marca cuantas veces hiciste eso en los últimos 7 días.								
En los últimos 7 días...		0 veces	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces	6 veces o mas
1.-	Yo hice bromas o molesté a otros(as) estudiantes para que se enojaran.	0	1	2	3	4	5	6+
2.-	Yo me enojé fácilmente con otra persona.	0	1	2	3	4	5	6+
3.-	Yo respondí con golpes cuando alguien me golpeó primero.	0	1	2	3	4	5	6+
4.-	Yo dije cosas sobre otra persona para hacer reír a los(las) estudiantes.	0	1	2	3	4	5	6+
5.-	Yo animé a otros(as) estudiantes a pelear.	0	1	2	3	4	5	6+
6.-	Yo empujé a otros(as) estudiantes.	0	1	2	3	4	5	6+
7.-	Yo estuve enojado(a) la mayor parte del día.	0	1	2	3	4	5	6+
8.-	Yo peleé a golpes (pelea a puños, tirar el pelo, morder) porque estaba enojado(a).	0	1	2	3	4	5	6+
9.-	Yo le di una cachetada o patada a alguien.	0	1	2	3	4	5	6+
10.-	Yo insulté a otros(as) estudiantes (les dije malas palabras).	0	1	2	3	4	5	6+
11.-	Yo amenacé a alguien con herirlo(a) o pegarle.	0	1	2	3	4	5	6+

Escala de Victimización								
Contesta las siguientes preguntas pensando en lo que realmente hiciste en los últimos 7 días. Para cada pregunta, marca cuantas veces otro estudiante te hizo algo en los últimos 7 días.								
En los últimos 7 días...		0 veces	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces	6 veces o mas
1.-	Un estudiante me hizo bromas o me molestó para que yo me enojara.	0	1	2	3	4	5	6+
2.-	Un estudiante me dio una paliza (golpiza).	0	1	2	3	4	5	6+
3.-	Un estudiante dijo cosas sobre mí para hacer reír a otros estudiantes (se burló de mí).	0	1	2	3	4	5	6+
4.-	Otros estudiantes me animaron a pelear.	0	1	2	3	4	5	6+
5.-	Un estudiante me empujó.	0	1	2	3	4	5	6+
6.-	Un estudiante me invitó a pelear.	0	1	2	3	4	5	6+
7.-	Un estudiante me dio una cachetada o patada.	0	1	2	3	4	5	6+
8.-	Un estudiante me insultó a mí o a mi familia.	0	1	2	3	4	5	6+
9.-	Un estudiante me amenazó con herirme o golpearme.	0	1	2	3	4	5	6+
10.-	Un estudiante trató de herir mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5	6+

PUNTOS	FRECUENCIA / AGRESOR
0	NULA
1-22	BAJA
23-44	MEDIANA
45-66	ALTA

PUNTOS	FRECUENCIA / VICTIMA
0	NULA
1-20	BAJA
21-40	MEDIANA
41-60	ALTA



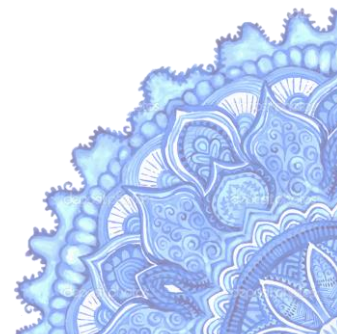
ANEXO 3

PRUEBA DE AUTOESTIMA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Contesta según sea el caso

PREGUNTA	SIEMPRE	USUALMENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1.- Me gusta como soy	5	4	3	2	1
2.- Hago enojar a mis padre	1	2	3	4	5
3.- Me siento fracasado	1	2	3	4	5
4.- Estoy feliz de ser como soy	5	4	3	2	1
5.- Si me enojo con un amigo (a) lo (a) insulto	1	2	3	4	5
6.- Me siento bien cuando estoy con mi familia	5	4	3	2	1
7.Mi familia está decepcionada de mí	1	2	3	4	5
8.Tengo una de las mejores familias de todo el mundo	5	4	3	2	1
9.Soy muy lento para realizar mi trabajo escolar	1	2	3	4	5
10.Soy tonto (a) para hacer los trabajos de la escuela	1	2	3	4	5
11.Estoy orgulloso (a)del trabajo que hago en la escuela	5	4	3	2	1
12.Soy malo para muchas cosas	1	2	3	4	5
13.Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer lo que yo quiero	1	2	3	4	5
14.Estoy orgulloso (a) de mí	5	4	3	2	1
15.Les echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal	1	2	3	4	5
16.Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente	1	2	3	4	5
17.Soy un(a) buen(a) amigo(a)	5	4	3	2	1
18.Tengo una mala opinión de mí mismo	1	2	3	4	5
19.Me gustaría ser otra persona	1	2	3	4	5
20.Me gusta la forma como me veo	5	4	3	2	1
21.Siento ganas de irme de mi casa	1	2	3	4	5

NIVEL	No. reactivos
Alto	77-105
Medio	49-76
Bajo	21-48





ANEXO 4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación del Nivel de Autoestima y presencia de bullying en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F., de Marzo del 2013 a Febrero del 2015
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La obesidad es una problemática en México. Los estudios evidencian que el sobrepeso y la obesidad se asocian con riesgos de incrementar enfermedades del corazón, arterioesclerosis y diabetes mellitus, incluso a edades más tempranas de las que podría pensarse. Se trata de una enfermedad compleja y multifactorial que puede iniciarse en la infancia, y coloca al individuo en una situación de riesgo para la salud física y emocional, propiciándolos a las presencia de Bullying y baja autoestima. Objetivo es evaluar el nivel de autoestima y presencia de Bullying en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF No. 8
Procedimientos:	Se aplicará La escala de agresión y victimización así como la prueba de autoestima para niños y adolescentes que acudan a la consulta y el área de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el nivel de autoestima y presencia de Bullying en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF No.8
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:	Conocer el nivel de autoestima y presencia de Bullying en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF No.8
------------------------------------	---

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dra. Alicia Mayte Rodríguez Suárez Cel. 5541297657 Email: coldplayal@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. Gilberto Espinoza Anrubio Cel. 5535143649 Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Cel. 5520671563 Email: lalovilchis@gmail.com Dr. Alma Guadalupe Damken Robles Cel. 5554130610 Email: gardamken@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del tutor

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

