



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

TESIS:

**“CONDUCTAS ALIMENTARIAS, PERCEPCIÓN DE IMAGEN Y AUTOESTIMA
EN NIÑOS CON Y SIN OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

**para obtener el grado de especialista en
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

GÉNESIS LEZAMA TOQUIANTZI

Médico Cirujano General. Matrícula 97171735

**Investigador responsable:
DRA. ANEL GOMEZ GARCÍA
Investigadora Asociado D en CIBIMI.
Matricula 11680652**

**Co-Asesor:
M. EN C. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud. Investigador C
Matricula 3320405**

REGISTRO CLIEIS: R-2017-160-40

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 80**

TESIS:

**“CONDUCTAS ALIMENTARIAS, PERCEPCIÓN DE IMAGEN Y AUTOESTIMA
EN NIÑOS CON Y SIN OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

**para obtener el grado de especialista en
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

GÉNESIS LEZAMA TOQUIANTZI

Médico Cirujano General. Matrícula 97171735

Teléfono: 2223382112 Correo Electrónico: genesis.lezama@gmail.com

Investigador responsable:

DRA. ANEL GOMEZ GARCÍA

Investigadora Asociado D en CIBIMI.

Matricula 11680652

Teléfono: 4433282365 Correo electrónico:

anel.gomez@imss.gob.mx

Co-Asesor:

M. EN C. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR

Coordinador Auxiliar Médico de

Investigación en Salud. Investigador C

Matricula 3320405 Teléfono 4433182074

Correo electrónico:

cleto.alvarez@imss.gob.mx

Asesor Estadístico:

Matemático CARLOS GÓMEZ ALONSO

Analista en CIBIMI IMSS. Matricula 3211878

Tel. 4431064756 Correo electrónico: carlos.gomezal@imss.gob.mx

REGISTRO CLIEIS: R-2017-160-40

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2019.

Investigador

Génesis Lezama Toquiantzi

Médico Cirujano General

CURP: LETG910825MPLZQN01

Matrícula: 97171735

Unidad de Adscripción: UMF N° 80

Lugar de trabajo: UMF N° 80

Teléfono: 2223382112

Fax: Sin número

Correo electrónico: genesis.lezama@gmail.com

Asesores

Dra. en C. Anel Gómez García

Investigadora Asociado D

Unidad de Adscripción: CIBIMI

Lugar de trabajo: División de Investigación Clínica. CIBIMI.

Teléfono: 322 26 00 ext 1015.

Fax: Sin número

Correo Electrónico: anel.gomez@imss.gob.mx

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud. Investigador C

Unidad de Adscripción: Delegación Morelia, Michoacán

Lugar de trabajo: Delegación Morelia, Michoacán.

Teléfono: 4433182074

Fax: Sin número

Correo Electrónico: cleto.alvarez@imss.gob.mx

Matemático Carlos Gómez Alonso

Analista Coordinador A

Unidad de Adscripción: CIBIMI

Lugar de trabajo: División de Investigación Clínica. CIBIMI.

Teléfono: 322 26 00 ext 1016.

Fax: Sin número

Correo Electrónico: carlos.gomezal@imss.gob.mx

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez

Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 80

Dra. Paula Chacón Valladares

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar de la UNAM

División de Estudios de Posgrado

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de la especialidad de Medicina Familiar

División de estudios de posgrado

Dr. Geovanni López Ortiz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

CONTENIDO

RESUMEN.....	9
ABREVIATURAS	10
GLOSARIO.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
MARCO TEÓRICO	14
▪ ANTECEDENTES.....	14
▪ METODOS PARA MEDIR OBESIDAD O SOBREPESO.....	16
▪ CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD	17
▪ AUTOESTIMA EN EL NIÑO	18
▪ PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN EL NIÑO.....	19
▪ LA ALIMENTACION EN MÉXICO.....	21
▪ CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN EL NIÑO	25
▪ COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD.....	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
JUSTIFICACIÓN.....	30
HIPÓTESIS.....	31
OBJETIVOS	32
I. OBJETIVO GENERAL:.....	32
II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	32
MATERIAL Y METODOS.....	33
▫ DISEÑO DEL ESTUDIO.....	33
▫ UNIVERSO DE ESTUDIO	33
▫ ÁMBITO	33
▫ TAMAÑO DE MUESTRA	33
▫ CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
▫ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
▫ DESCRIPCIÓN OPERATIVA:.....	40
▫ RECURSOS.....	41
▫ ANÁLISIS ESTADÍSTICO:.....	42
▫ CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
RESULTADOS	44
DISCUSIÓN.....	55

CONCLUSIONES 58
RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS 59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 60
ANEXOS..... 65
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 84

RESUMEN

CONDUCTAS ALIMENTARIAS, PERCEPCION DE IMAGEN Y AUTOESTIMA EN NIÑOS CON Y SIN OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Lezama Toquiantzi G¹; Gómez García A²; Álvarez Aguilar C³; Gómez Alonso C⁴.

Introducción: La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. La UNICEF en 2014 declaró que México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, lo que obliga a realizar estudios sobre los diversos factores etiológicos que la conforman y a su vez realizar estrategias de alto impacto en la población infantil para su futuro.

Objetivo: Evaluar la asociación entre conductas alimentarias, percepción de imagen y autoestima en niños con y sin obesidad de la UMF Número 80 de Morelia Michoacán.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y comparativo en la UMF No. 80 del IMSS; incluyendo niños de 6 a 12 años de cualquier sexo, con peso normal u obesidad y que su padre o tutor otorgo su consentimiento; excluyendo pacientes con bajo peso, escolares que respondieron de manera incompleta las evaluaciones o perdieron el interés. Una vez aceptada la participación se aplicaron tres cuestionarios: conductas alimentarias (CEBQ), percepción de imagen (figuras de Collins), autoestima (IGA-2001) y mediante el programa SPSSv.23 se realizó el análisis estadístico.

Resultados: De 198 niños se estudiaron 195 pacientes, con una tendencia mayor el género masculino [59.6%] que el género femenino [40.4%]. La edad promedio fue de 8.72 ± 1.83 años; VMín: 6 años y VMáx: 12 años. El IMC promedio fue de 18.77 ± 3.42 kg/m²; VMín: 12.80 kg/m² y VMáx: 31.09 kg/m². Identificamos múltiples variaciones en las frecuencias de las evaluaciones realizadas que nos permiten encontrar cierta asociación.

Conclusiones: Si existe asociación entre conductas alimentarias y percepción de imagen alteradas en los niños del grupo con obesidad, mientras que la autoestima se encuentra conservada en ambos grupos del estudio.

Palabras Clave: obesidad, sobrepeso, conductas alimentarias, autoestima y percepción de imagen.

ABREVIATURAS

CDC: Centro de Control de Enfermedades

CEBQ: Child Eating Behaviour Questionnaire / Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FCI: Formato de Consentimiento Informado

ENPCSOD: Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

IGA-2001: Ivonne González Arratia-2001

IMC: Índice de Masa Corporal

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

NCHS: Centro Nacional para Estadísticas en Salud

OB: Obesidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SBP: Sobrepeso

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UMF: Unidad de Medicina Familiar

GLOSARIO

Alimentación correcta: conjunto de alimentos naturales y preparados que se consumen cada día con equilibrio, variedad y suficiencia en calorías, proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, fibra y micronutrientes, así como la ingesta de agua, para tener una nutrición corporal adecuada que se traduzca en estado nutricional adecuado para la edad y sexo.

Dieta: alimentos y bebidas considerados desde el punto de vista de sus cualidades nutritivas, su composición y sus efectos sobre la salud.

Educación para la Salud: proceso de enseñanza-aprendizaje de actitudes de la población en general que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida que propician el desarrollo de las dislipidemias y que se adquieren con una actitud contraria a cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Ejercicio: realización de cualquier actividad física con el fin de mantener en forma el organismo, mejorar la salud o como medio terapéutico para corregir una deformidad o restablecer el estado de salud de determinados órganos y funciones corporales.

Estilos de Vida Saludable: se refiere a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: alimentación correcta, adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas; buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo.

Factor de Riesgo: elemento que produce en una persona o un grupo una vulnerabilidad particular a un suceso no deseado, desagradable o morboso.

Índice de Masa Corporal: es el peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (Kg/m²).

Obesidad: acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

INTRODUCCIÓN

Se ha considerado que la obesidad es la epidemia del siglo XXI, afecta a toda la población en general. La obesidad infantil es considerada como un problema prioritario de salud pública.^{1,2} De acuerdo con los reportes del Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica la prevalencia de obesidad fue aumentando desde el año 2006 hasta el 2012 con prevalencias reportadas del 30 al 50% en población adulta, mientras que en la población pediátrica se reportaba del 34%, encontrando que 1 de cada 3 adolescentes entre 12 y 19 años presenta obesidad o sobrepeso.³

La obesidad infantil se encuentra asociada de manera importante con los cambios en los estilos de vida que envuelven a la población y afectan directamente al niño. La modificación de los hábitos alimentarios y de convivencia, el consumo de comida con alto contenido calórico y bajo nivel nutricional combinado con el sedentarismo ha generado y agravado este problema. En los niños, estos patrones se repiten y asimilan desde edades tempranas, propiciando la obesidad que acarrea complicaciones biopsicosociales. En cuanto a la salud, el niño puede llegar a desarrollar diabetes, hipertensión, apnea de sueño, enfermedades hepáticas y cardíacas, problemas ortopédicos, síndrome metabólico, entre otras enfermedades; ya que, como se sabe, que un incremento en el número de células grasas se asocia con la presencia de enfermedades crónicas.¹¹⁻¹³

Por tanto se estableció en el 2013 la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, tomando importancia para esta prevención las unidades de primer nivel de atención médica.^{2,4} La UNICEF en 2014 declaró que México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, solo detrás de los Estados Unidos.³ El Instituto Mexicano del Seguro Social ha reportado prevalencia de 38% en su población derechohabiente pediátrica, por ello se ha requerido realizar estudios que muestren la influencia que tienen cada uno de los factores predisponentes para generar obesidad, ya que ésta tiene una etiología multifactorial que varía en función a la comunidad, la familia y propias del individuo que la padece.⁴

Por tanto, este estudio tuvo por objeto evaluar la asociación entre conductas alimentarias, percepción de imagen, autoestima y obesidad infantil en pacientes pediátricos de la UMF Número 80 de Morelia Michoacán.

MARCO TEÓRICO

▪ ANTECEDENTES

La obesidad (OB) infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso (SP) en todo el mundo, 35 millones viven en países en desarrollo y de ellos, 22 millones son menores de 5 años. La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como diversos gobiernos, han reconocido la necesidad de considerar el problema de la obesidad como prioritario.^{1,2}

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha reportado que en México la prevalencia de SP-OB registró un ascenso a lo largo del tiempo del 7,8% en 2006 al 9,7% en 2012, los mayores aumentos se dieron en obesidad afectando mayormente al sexo masculino. En México, el estado nutricional de la población se ha modificado sustancialmente en las últimas dos décadas. En los niños, este cambio se ha manifestado en la reducción de la prevalencia de desnutrición y la emergencia de la obesidad como un problema de salud pública.^{2,3}

La UNICEF en 2014 declaró que México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, solo detrás de los Estados Unidos. Este es un problema que se presenta en poblaciones de edad preescolar, infancia y adolescencia. Asimismo, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) indican que los niños (ambos sexos) de 5 a 11 años presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en del 34.4% y que uno de cada 3 adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema en México.^{3,4}

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como máxima institución de salud y con amplia cobertura de la población mexicana reporto que en 2012 el 38.1% de niños

derechohabientes en edad escolar presentaban sobrepeso y un 21% obesidad, cifras que van en aumento a pesar de estrategias de prevención.^{3,4}

Se estima que desde el nacimiento hasta los 2 años de edad, del 10 al 20% de los infantes desarrollarán SP y el 10% de ellos OB; además, se ha encontrado que el incremento del índice de masa corporal (IMC) a las 2 semanas de nacido se asocia con mayor riesgo de SP a los 6, 12 y 18 meses de edad, así como a los 3 y 5 años, de tal forma que si se mantiene este peso corporal a los 5 años, será probable que el infante continúe con esta situación de SP-OB hasta la adolescencia y la edad adulta.^{5,6}

La incidencia de OB en todos los países indica que deben buscarse otras causas que no tengan que ver directamente con el nivel de desarrollo, sino con la expansión de los procesos de globalización que afectan los estilos de vida tanto de poblaciones pobres como con mejores ingresos. Por ejemplo, entre los cambios derivados de esta expansión sobresalen las relacionadas a un excesivo consumo de alimentos industrializados con altos contenidos de hidratos de carbono y una escasa actividad física.⁴⁻⁶

Así, en nuestro país es posible detectar enfermedades de naturaleza infecto-contagiosa como enfermedades no transmisibles. En el grupo de éstas últimas, destacan por su importancia y frecuencia el sobrepeso y la obesidad y, como consecuencia de ellas, la diabetes mellitus tipo 2. Esta situación es fruto de factores económicos, sociales, políticos y culturales.⁷

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, del día 2 de abril de 2013, definió de manera concreta y clara los pasos que la Secretaría de Salud debe seguir:⁷

- 1) Anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan, es la mejor forma de cuidar la salud. En este sentido, una de las acciones más importantes de prevención estará dirigida a reducir la obesidad y sobrepeso, toda vez que se ha convertido en una de las más grandes amenazas para la salud de todos los mexicanos.

- 2) Esta Estrategia deberá incluir el fomento de estilos de vida y hábitos de alimentación saludables, la generación y rescate de espacios para la actividad física, la capacitación del personal de salud y el fortalecimiento de la atención primaria.
- 3) Para hacer frente a la obesidad y a la diabetes, se tomarán las medidas más efectivas de acuerdo a la evidencia científica disponible, anteponiendo la salud, por encima de cualquier otra consideración.
- 4) Las acciones gubernamentales son importantes, pero sin el autocuidado de los mexicanos nunca serán suficientes.

En México se han realizado algunos esfuerzos por implementar programas nutricionales basados en la educación y promoción para la salud tales como el programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud, Oportunidades, y el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria destacando la necesidad de educar en alimentación saludable a los niños desde la educación pre-básica considerando estrategias que involucren a niños, sus padres y profesores.^{7,8}

▪ **METODOS PARA MEDIR OBESIDAD O SOBREPESO**

La obesidad infantil representa un problema de salud creciente que afecta al niño en el desarrollo físico y psicológico, es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se caracteriza por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y, por ende, ganancia de peso.^{9,10}

Las investigaciones han mostrado que una buena nutrición se traduce en calidad de vida, cuando los factores que determinan la nutrición son disarmónicos y existen deficiencias o excesos que impiden el buen funcionamiento del organismo en su totalidad, puede decirse que el individuo no goza de una nutrición adecuada o que padece de una mala nutrición, pero este término se aplica tanto al exceso como a la deficiencia. Frente a una mala nutrición por

deficiencia hablamos de desnutrición.^{9,10} En contraste, dentro de los excesos, el más frecuente es el de energía obtenida de los alimentos y que se acumula en el tejido adiposo, que puede dar por resultado la obesidad, comprometiendo seriamente la salud física, psicológica y social del individuo. De ahí que desde el punto de vista antropométrico, la obesidad se ha definido como un exceso en el Índice de Masa Corporal o bien de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud.¹¹

Existen diversos métodos para medir la obesidad, el más común es el índice de masa corporal (IMC). Es un referente de la masa corporal total calculado a partir del peso y la talla en niños y adultos. Se asume que existe la siguiente relación: a mayor IMC se presenta mayor adiposidad. Se utiliza internacionalmente porque permite un diagnóstico rápido y de bajo costo para estimar sobrepeso y obesidad de acuerdo a las recomendaciones internacionales. De manera particular, la obesidad infantil se determina en niños mayores de 2 años, con un IMC mayor al percentil 95 para la edad y el sexo correspondiente.^{11,12}

▪ CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

La obesidad infantil se encuentra asociada de manera importante con los cambios en los estilos de vida que envuelven a la población y afectan directamente al niño. La modificación de los hábitos alimentarios y de convivencia, el consumo de comida con alto contenido calórico y bajo nivel nutricional combinado con el sedentarismo ha generado y agravado este problema. En los niños, estos patrones se repiten y asimilan desde edades tempranas, propiciando la obesidad que acarrea complicaciones biopsicosociales.¹¹⁻¹³

En cuanto a la salud física, el niño puede llegar a desarrollar diabetes, hipertensión, apnea de sueño, enfermedades hepáticas y cardíacas, problemas ortopédicos, síndrome metabólico, entre otras enfermedades; ya que, como se sabe, que un incremento en el número de células grasas se asocia con la presencia de enfermedades crónicas.^{11,12}

En cuanto a las consecuencias psicosociales, surgen cuando el evidente incremento en la masa corporal que acompaña a la obesidad genera malestar, llegando a disminuir o limitar el desarrollo de ciertas actividades (deportivas y sociales). Los niños con obesidad tienden a presentar baja autoestima, depresión, ansiedad, problemas de conducta, trastornos alimentarios y a ser objeto de discriminación social.^{13,14}

▪ AUTOESTIMA EN EL NIÑO

La autoestima, se refiere a la descripción y valoración que hace el individuo de sí mismo. La autoestima trata de una experiencia íntima, sobre lo que el individuo siente y piensa de sí mismo y no sobre lo que otras personas opinan de él. Esta valoración personal está conformada por elementos afectivos, cognitivos, conductuales y sociales, impactando en el desarrollo infantil, ya que una autoestima alta permite al individuo sentirse valioso, capaz y digno.¹⁴

Un niño con autoestima baja se siente inferior, incapaz o inútil. Por ello, se considera que la autoestima depende de las siguientes variables: éxito, valores, aspiraciones, defensas ante la devaluación, aceptación, respeto, preocupación por parte de las personas significativas. La autoestima recibe influencias externas que el niño interioriza posteriormente. Por tanto, se reconoce que las relaciones sociales pueden favorecer el incremento o deterioro de la autoestima. Los padres influyen a través de la calidad del apego, y los pares mediante la confianza y comunicación.^{14,15}

González-Arratia¹⁶ refiere que es bien sabido que la autoestima recibe influencias externas que el niño interioriza posteriormente. De igual forma Pinherio¹⁷ reconoce que las relaciones sociales pueden favorecer el incremento o deterioro de la autoestima: los padres a través de la calidad del apego y los pares mediante la confianza y comunicación. Además, hay estudios donde señalan que los niños con obesidad tienden a presentar baja autoestima y que es

necesario considerar y controlar la influencia de la insatisfacción corporal al momento de interpretar los resultados de niños y adolescentes.^{18,19}

Existen diferentes encuestas para medir la autoestima en el niño, como el test Coopersmith en escolares que consta de 58 ítems y está referido a la percepción del paciente y/o estudiantes en cuatro áreas: autoestima general, social, familiar, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems; la escala de Rosemberg que tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma, consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada; el cuestionario de pensamientos automáticos es una medida de evaluación

que sirve para discriminar la presencia de pensamientos negativos y está asociado a la sintomatología depresiva, consta de 30 ítems y evalúa los siguientes aspectos: Autoconcepto Negativo, Indefensión, Mala adaptación y Autorreproches, otro de los cuestionarios es de autoestima para niños y adolescentes (IGA 2000) elaborado por González Arratia (2001) el cual consta de 24 reactivos, con tres opciones de respuesta: siempre, a veces, nunca, a través de seis factores. Yo, familia, fracaso, trabajo intelectual o autoestima académica, éxito y afectivo emocional, El instrumento tiene una varianza total de 28.5% y un alfa de cronbach de 0.8090.²⁰

▪ **PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN EL NIÑO**

La imagen corporal resulta relevante en el menor con obesidad ya que tiene gran influencia en la formación del autoconcepto y la autoestima. La imagen corporal es una representación mental del cuerpo en función de la conciencia de cada persona, es decir, la autoimagen es aquello que el individuo piensa de sí mismo y cómo se percibe físicamente.^{21,22}

La autoimagen está conformada por elementos perceptivos, subjetivos y conductuales; se puede modificar de acuerdo con la edad y se ve influida por los estándares socioculturales. Se ha encontrado que, desde edades tempranas, los niños y niñas con obesidad pueden presentar insatisfacción o rechazo por su imagen corporal, lo cual resulta relevante porque la

distorsión e insatisfacción se relacionan con la presencia de trastornos como anorexia, bulimia y dismorfia corporal.²¹⁻²²

En la sociedad occidental hay ciertos valores de estética corporal, enalteciendo los cuerpos esbeltos en mujeres y los cuerpos musculosos en hombres, lo cual se ha transmitido a los niños a través de la influencia social (padres, pares, educadores), los medios de comunicación y los juguetes con cuerpos estereotipados.^{20,21}

La influencia sociocultural ha contribuido a generar en las personas cierta inconformidad con su imagen corporal, lo que las lleva a intentar modificar su cuerpo y da origen en ocasiones a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria que de acuerdo con el manual de diagnóstico de enfermedades mentales DSM-5, se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o absorción del alimento, causando deterioro y disfunción física y psicosocial.²²

En relación con estos trastornos de la salud mental, se encuentran los problemas de la imagen corporal en la infancia que se describen como la preocupación por el peso y la figura, el deseo de ser delgados y la insatisfacción corporal en los niños, que pueden manifestarse a edades tempranas. Más aún, en el caso de niños con obesidad en quienes se ha encontrado mayor insatisfacción corporal y conductas de dieta restrictiva, resultados que se convierten en factores de riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia.^{22,23} Dado lo anterior, es importante valorar el nivel de autoestima y sus componentes en niños con obesidad, quienes tienen peso y figura corporales alejados de los estándares socialmente aceptados y, por ello, podrían sentirse inadecuados, poco apreciados o ser blanco de burlas o discriminación.²¹⁻²³

En el contexto social, la severa discriminación que puede llegar a sufrir las personas obesas, es comparable con tasas de discriminación racial (especialmente las mujeres) afectando escenarios como instituciones educativas, servicios de salud y empleo.^{22,23}

Los estereotipos negativos asociados a la obesidad consideran a la persona como flojas, sucias, desmotivadas, irresponsables y poco competentes, con las obvias consecuencias y el sufrimiento que esto les acarrea. El impacto en sus relaciones interpersonales, y por lo mismo en su salud psicológica, puede ser devastador, al ser blancos fáciles del humor, el ridículo y la humillación, asociándose con baja autoestima, depresión, insatisfacción corporal.^{23,24}

De acuerdo al rol tradicional de género, la madre es el cuidador principal. Sin embargo, es alarmante que la literatura sea consistente en señalar que las madres no reconocen que su hijo tiene SP-OB, proporción que varía desde el 30% hasta el 100% en madres de hijos con edades entre 2 y 18 años. Estudios realizados a través de imágenes se ha observado que la madre señala imágenes no compatibles con la obesidad de su hijo, mientras que esta misma evaluación hecha con personas no parientes del niño, la percepción es adecuada correspondiendo a la obesidad del niño.²⁵

Para evaluar la percepción que tienen los niños de su imagen corporal existen múltiples escalas realizadas por diferentes autores como Bejet, Gómez o Unikel; en este trabajo se utilizarán las siete figuras de Collins ya que están validadas en población mexicana, contiene 7 figuras humanas ordenadas de menor a mayor complexión; las cuales se clasifican como: infrapeso (1), bajo peso moderado (2), bajo peso ligero (3), normopeso (4), sobrepeso ligero (5), sobrepeso moderado (6) y obesidad (7). Los participantes eligen una figura para autodescribirse y otra a la que les gustaría parecerse (ideal).²⁶

▪ LA ALIMENTACION EN MÉXICO

La Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2005), define la alimentación como: conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante el cual, el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas que son indispensables para la vida humana plena.^{27,28}

La alimentación es un fenómeno complejo, ya que, aunque solo se trata de cubrir una necesidad biológica, no todos los grupos humanos la llevan a cabo del mismo modo. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) considera que la alimentación adecuada constituye un derecho de cada persona, en cada país.²⁸

El derecho a la alimentación implica el derecho a medios de producción o adquisición de alimentos en cantidad y calidad suficientes, libres de sustancias nocivas y culturalmente aceptables. Este derecho se puede realizar en virtud de los esfuerzos del propio individuo o en comunidad con otros y deben disfrutarlo todos sin ninguna distinción basada en la raza, religión, sexo, idioma, opinión política u otra condición.²⁸

Al hablar de los diferentes enfoques sobre la alimentación y como ha ido evolucionando en México, es inevitable pensar como esos cambios en las perspectivas y directrices alimentarias, han afectado la calidad de vida de los mexicanos, incidiendo directamente en la salud.^{28,29}

La base de la alimentación prehispánica mexicana era el maíz, frijol, calabaza y chile, que en términos nutricionales son una buena fuente de hidratos de carbono complejos, fibra alimentaria, calcio y proteína vegetal. Sin embargo, en los últimos años, la población mexicana ha modificado sus patrones alimentarios hacia productos industrializados como el refresco, el pan dulce, productos de confitería, los alimentos fritos, las carnes rojas y los embutidos.^{28,29}

Estas preferencias alimentarias han incrementado el aporte de calorías, de azúcares, grasas saturadas, colesterol y sodio, disminuyendo así los aportes de fibra y ácidos grasos poliinsaturados. Estas modificaciones alimentarias irremediablemente llevan a la obesidad, siendo el punto de partida de un importante número de enfermedades metabólicas, cardiovasculares, trastornos músculo esqueléticos, neurológicas, pulmonares, psicológicas, genitourinario, gastrointestinales, dermatológicas y algunos tipos de cáncer.²⁸⁻³⁰

Este aumento de la obesidad está ligado al sedentarismo y por tanto, a una disminución del gasto energético y un incremento importante de la ingesta energética diaria. La acumulación de grasa involucra hábitos alimentarios, estilos de vida, condiciones ambientales, tanto en el acceso a los alimentos como en los cambios acontecidos en el núcleo familiar, que han evolucionado de manera muy notoria y han favorecido los enormes cambios en los patrones de consumo, factores psicológicos, alteraciones metabólicas, trastornos endócrinos y factores hereditarios, sin descartar la interacción entre todos estos factores.²⁸⁻³⁰

De manera general, los genes y el medio ambiente participan en el mantenimiento del peso y la grasa corporal a través de cuatro vías principales: regulación del apetito y saciedad; gasto energético, metabolismo y adipogénesis.³¹ Esto implica que la obesidad tiene su origen en un excesivo aporte calórico por parte de sustratos combustibles presentes en los alimentos y bebidas (proteínas, lípidos, carbohidratos y alcohol) respecto a un menor gasto energético (metabolismo basal, efecto termogénico y actividad física) de forma crónica.^{31,32}

Por tanto, la obesidad se define como: el desequilibrio entre el aporte y el gasto energético que es producido por una serie de alteraciones genéticas, bioquímicas, dietéticas y conductuales y se acompaña de anomalías metabólicas incluyendo la hipertensión, hiperlipidemia y resistencia a la insulina.^{32,33}

La etiología de la obesidad es compleja y multifactorial, abarca causas genéticas y del medio ambiente tales como la edad, estado fisiológico, hábitos alimentarios y estilo de vida. La combinación de estos factores afecta a la mayoría de las personas que generan obesidad.³¹⁻³³

La globalización económica, cuya tendencia es dirigir las oportunidades laborales hacia actividades que prácticamente demandan un nulo gasto de energía comparadas con las del pasado hacen que la familia del niño no se enfoque en la enseñanza de hábitos alimentarios sanos así como también en fomentar el gasto de energía en el menor a través de la práctica de algún deporte.³⁴

Otro de los grandes cambios en la dinámica familiar es el surgimiento de distractores electrónicos como juegos de video, que permiten entretener al niño mientras el cuidador (padres) trabaja. También bajo estos cambios en la dinámica surge el consumo de comida rápida y comida chatarra, la cual dista mucho de generar un adecuado aporte nutricional. La etiología multifactorial de la obesidad confirma la interacción de diferentes factores etiológicos (tabla I).³⁴

TABLA I: CAUSAS DE OBESIDAD	
FACTORES AMBIENTALES, SOCIALES Y PSICOLÓGICOS	
Dietéticas	Malos hábitos de alimentación desde la infancia
	Obesidad hiperfágica progresiva
	Comidas frecuentes
	Dietas altas en grasas
	Sobrealimentación
Conductuales y Sociales	Socioeconómicos
	Variaciones étnicas
	Factores psicológicos
	Restricción y Desinhibición
	Trastorno afectivo estacional
Por Sedentarismo	Inactividad forzada (postración prolongada)
FACTORES BIOLÓGICOS	
Iatrogénicas	Fármacos
	Daño Hipotalámico
	Envejecimiento
Genéticas	Alteraciones Autosómicas recesivas
	Alteraciones Autosómicas Dominantes
	Alteraciones ligadas al X
	Alteraciones cromosómicas
	Síndrome Hipotalámico
	Síndrome de Cushing

Neuroendócrinas	Hipotiroidismo
	Síndrome de Ovarios Poliquísticos
	Hipogonadismo
	Deficiencia de Hormona del Crecimiento
	Pseudohipoparatiroidismo
	Síndrome del “Comer nocturno”
	Trastorno alimentario por “Atracón”
Tomada de: Trujado-Ruiz P. García-Blanco M. Nava-Quiróz C. Sobrepeso y obesidad en preadolescentes mexicanos: estudio descriptivo, variables correlacionadas y... Acta.colomb.psicol 2014; 17 (1): 119-130	

▪ CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN EL NIÑO

Cuando hablamos de conducta alimentaria nos estamos refiriendo, según la definición dada por Osorio y col, al comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. La conducta alimentaria no es tan solo un acto reflejo que evita la aparición de sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.³⁵

Entre un estímulo y la respuesta que genera en este caso la conducta alimentaria, existen vínculos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y morales. A nivel fisiológico se encuentran los nutrientes, a nivel psicológico los alimentos con sus propiedades organolépticas de color, sabor y textura a nivel sociocultural, la comida constituida por diferentes tipos de alimentos.³⁶

El desarrollo de la conducta alimentaria, de sus trastornos y del estado nutricional no puede ser entendido en forma aislada del entorno sociocultural y económico, ya que los padres y los niños están en interacción recíproca y permanente con el medio ambiente, la

alteración de uno de las partes afecta a las otras, explicando así la adquisición de trastornos en el desarrollo.³⁷

En todos los factores influye notoriamente el estrato socioeconómico al que pertenece el niño, pues cada estrato establece modos identificatorios de alimentarse, aunque se puede aceptar la existencia de múltiples interacciones entre los diferentes estratos. Es así como en los estratos bajos, por ejemplo se inculca desde pequeños la ingestión de alimentos baratos y saciadores, se percibe como saludable un niño con tendencia a la obesidad (la madre es valorada positivamente por este logro) y las madres perciben como adecuados porciones abundantes, que el plato quede vacío, biberones adicionados de componentes “llenadores” (cereales y azúcar), mientras que en los estratos altos, con frecuencia se enfatiza en la ingestión de alimentos sanos y que favorezcan una figura corporal más estilizada.³⁸

▪ **COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD**

Desde que un niño desarrolla el sobrepeso presenta complicaciones que se pueden clasificar en inmediatas, intermedias y tardías de acuerdo al lapso que transcurre entre el inicio del sobrepeso y la aparición de las manifestaciones asociadas:^{39,40}

Inmediatas. Con el simple hecho de presentar sobrepeso, se observa un incremento de las alteraciones ortopédicas como pie plano, resistencia a la insulina, incremento de andrógenos, aumento de colesterol, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos, así como alteraciones pulmonares, menstruales, diabetes tipo 2 y psicológicas, como autoimagen deteriorada.

Mediatas. En un lapso de dos a cuatro años posterior al inicio de la obesidad, se incrementa el riesgo de presentar, además de las manifestaciones inmediatas: hipertensión arterial (10 veces más), hipercolesterolemia (2.4 veces más), lipoproteínas de baja densidad altas (tres veces más) y lipoproteínas de alta densidad bajas (ocho veces más).

Tardías. Si la obesidad persiste hasta la edad adulta, además del agravamiento de las complicaciones mediatas, se tendrán incidencias y prevalencias altas de enfermedades coronarias, hipertensión vascular, enfermedad renal vascular, aterosclerosis, artritis y ciertas neoplasias que son las que elevan la morbilidad y explican la mortalidad en la vida adulta.

El marcado incremento mundial de la obesidad es atribuible a un medio ambiente tóxico u “obesogénico”, que se caracteriza por la tendencia generalizada a aumentar el tamaño de las raciones, estimulada por promociones publicitarias de restaurantes de comida rápida, como “súper tamaño” o “súper menú” por el mismo precio o las ofertas de 2 por 1 en los supermercados, que inducen al consumo de alimentos en exceso.^{39,40}

Los cambios en las tendencias de los patrones alimentarios y transición nutricional en México, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- 1) Aumento de la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados que son adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal.
- 2) Aumento de la tendencia a consumir alimentos de comida rápida.
- 3) Aumento importante a la exposición de publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, lo cual disminuye su gasto energético.
- 4) Aumento del poder adquisitivo de la población.
- 5) Aumento de la oferta de alimentos industrializados en general.
- 6) Disminución importante la actividad física de la población

La respuesta a estos cambios ambientales que afectan a la dieta y actividad física es variada en diferentes individuos. Ciertos individuos y poblaciones parecen tener mayor predisposición al desarrollo de la obesidad y de sus comorbilidades.^{39,40}

Con respecto a los cambios socioeconómicos y situación nutricional, la sociedad actual está orientada por procesos mercantiles dirigidos a estimular la economía consumista, la

industria alimentaria interviene a través de diferentes instrumentos entre los que destaca la publicidad, para introducir un concepto nuevo de alimento y dieta. Esta industria segmenta la oferta y comercialización de productos alimentarios de consumo masivo, en función de la capacidad económica de los consumidores.^{29,30}

Otro factor involucrado es que muchos alimentos poseen además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional para los individuos, muchos de ellos asociados en nuestro cerebro a recuerdos buenos o malos, a situaciones, personas, etapas de la vida, lo que fomenta su consumo e incluso incide en el volumen de consumo.^{39,40}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es preocupante que la incidencia de obesidad y sobrepeso en la infancia ha ido en aumento en las últimas décadas, a pesar de las intervenciones gubernamentales realizadas a través de programas sociales, por lo tanto, se ha convertido en un problema de salud. Se sabe que la obesidad infantil se encuentra asociada de manera importante con los cambios en los estilos de vida que envuelven a la población y afectan directamente al niño, entre ellos se menciona la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y baja nutrición como son los productos conocidos como “alimentos chatarra”, esto a su vez con las promociones de mayor cantidad de alimento por un pequeño aumento en el precio como sucede en las comidas rápidas.

Aunado a los cambios en los hábitos alimenticios de la sociedad, los niños se encuentran expuestos a poca actividad física, este sedentarismo debido al aumento de juegos de video, mayor tiempo dedicado al televisor, el uso de computadoras, tablets, los peligros de las calles, etc. Estos cambios sociales predisponen al niño para presentar obesidad o sobrepeso que lo llevan a complicaciones biopsicosociales. Las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente son acompañados de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Son cuestiones difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura.

Los niños con obesidad tienden a presentar baja autoestima, depresión, ansiedad, problemas de conducta, trastornos alimentarios y son objeto de discriminación social. En cuanto a la salud física, el niño puede llegar a desarrollar patologías como la diabetes, hipertensión, apnea de sueño, enfermedades hepáticas y cardíacas, problemas ortopédicos, síndrome metabólico, entre otras enfermedades; un incremento en el número de células grasas se asocia con la presencia de enfermedades crónicas.

Por ello nuestra pregunta de investigación es:

¿Cuál es la asociación entre conductas alimentarias, percepción de imagen y autoestima en niños con y sin obesidad de la UMF Número 80 de Morelia Michoacán?

JUSTIFICACIÓN

Sabemos que la obesidad tiene una etiología multifactorial, la cual se expresa en función a las condiciones comunitarias, de familia o propias de la persona que la padece. La literatura reporta que la obesidad infantil alcanza una prevalencia que va desde un 30 a 40% y la UNICEF en 2014 declaró que México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos. El médico familiar tiene la custodia de la salud de las familias, por tanto, está obligado a identificar factores que predispongan a los individuos al sobrepeso u obesidad. El tratamiento en sobrepeso y obesidad requiere enfoques diversos que controlen cada factor que integra la enfermedad.

En la Unidad de Medicina Familiar Número 80 del IMSS de Morelia Michoacán se atienden diariamente un promedio de 200 pacientes pediátricos, si consideramos la prevalencia de sobrepeso y obesidad reportada en la literatura médica estaríamos atendiendo un promedio de 60 pacientes pediátricos con esta enfermedad, lo que permite contar con el material humano requerido para este estudio de investigación, dándole la factibilidad requerida.

Partiendo de que la obesidad es multifactorial este estudio es trascendente ya que intenta evaluar conductas alimentarias, percepción de imagen y autoestima en una determinada población buscando encontrar la asociación que cada uno de ellos tiene con la obesidad. Permitirá conocer la realidad en nuestro medio sobre los factores que más afectan a la población derechohabiente en los niños entre 6 y 10 años de edad y que les generan obesidad, con esta información como médicos familiares podremos intervenir en el cuidado de estos factores para poder disminuir la obesidad infantil en la UMF N° 80.

HIPÓTESIS

Existe asociación entre conductas alimentarias, percepción de imagen y autoestima en niños con y sin obesidad de la UMF Número 80 de Morelia Michoacán.

OBJETIVOS

I. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la asociación entre conductas alimentarias, percepción de imagen y autoestima en niños con y sin obesidad de la UMF Número 80 de Morelia Michoacán.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estimar el IMC de los participantes y clasificar a los niños de acuerdo a las tablas del CDC por normopeso u obesidad.
2. Examinar las conductas alimentarias en niños con y sin obesidad a través del CEBQ.
3. Evaluar la percepción de autoimagen en niños con y sin obesidad a través de las 7 figuras de Collins.
4. Evaluar autoestima en niños con y sin obesidad a través de cuestionario IGA-2001.
5. Determinar la frecuencia de alteración de las conductas alimentarias en niños con y sin obesidad.
6. Reconocer si existe alteración de la percepción de autoimagen en niños con y sin obesidad.
7. Investigar la frecuencia de alteración en la autoestima en niños con y sin obesidad.

MATERIAL Y METODOS

▫ DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal, descriptivo, observacional, comparativo.

▫ UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes pediátricos con normopeso u obesidad, derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF Número 80 de Morelia Michoacán durante el periodo 1° de Octubre del 2017 al 31 de Marzo del 2018.

▫ ÁMBITO

Se llevó a cabo en los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar Número 80 del IMSS, en Morelia, Michoacán.

▫ TAMAÑO DE MUESTRA

Se calculó con la ecuación de diferencia de proporciones ⁴² de la siguiente manera:

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} \sqrt{2\pi_1(1 - \pi_1)} - Z_{\beta} \sqrt{\pi_1(1 - \pi_1) + \pi_2(1 - \pi_2)}}{\pi_1 - \pi_2} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{(1.96) \sqrt{2(0.65)(1 - 0.65)} - (-1.645) \sqrt{0.65(1 - 0.65) + 0.47(1 - 0.47)}}{0.65 - 0.47} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{(1.75)}{0.18} \right]^2$$

$$n = [9.75]^2 = 95.16 \text{ Pacientes}$$

Donde:

$$Z_{\alpha} = (\alpha = 0.05) = 1.96 \quad Z_{\beta} = (\beta \approx 0.10) \approx -1.645$$

π_1 = proporción estimada de niños con autoestima baja en el grupo con OB (0.65)

π_2 = proporción de estimada de niños con autoestima baja en el grupo sin OB (0.47)

$\pi_1 - \pi_2$ = diferencia entre proporción de autoestima baja en grupo con OB - proporción de grupo sin OB (0.65-0.47)

▫ **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes pediátricos en edades de 6 a 12 años derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF Número 80 de Morelia Michoacán.
2. Cualquier sexo
3. Clasificados con normopeso u obesidad por su médico familiar
4. Pacientes cuyo padre o tutor acepte su participación en el estudio y otorgue su autorización mediante el consentimiento y asentimiento informado.

Criterios de no inclusión:

1. Pacientes pediátricos con patologías previamente diagnosticadas
2. Niños que no deseen participar en el estudio

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que perdieron interés en las evaluaciones o que las respondan en forma incompleta.
2. Pacientes con bajo peso.

Variables:

Variable Independiente:

Conductas alimentarias, percepción corporal y autoestima.

Variables Dependientes:

Índice de Masa Corporal

▫ **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio	Cifra obtenida por fecha de nacimiento referida por el padre o tutor.	Cuantitativa	Años
Género	Identidad sexual de los seres vivos	1. Femenino 2. Masculino	Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino
Peso corporal	Es una magnitud vectorial, que se define como la fuerza con la cual un cuerpo actúa sobre un punto de apoyo, a causa de su atracción por la fuerza de gravedad.	Cifra obtenida de la báscula expresada en kilogramos.	Cuantitativa continua	Kilogramos.
Talla	Estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies a la	Cifra obtenida de la medición con estadímetro expresada en metros.	Cuantitativa continua	Metros.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
	parte superior del cráneo.			
Índice de masa corporal	Método que permite una clasificación sencilla de la obesidad. Es la relación existente entre el peso y la talla de una persona.	Cifra que se obtiene al dividir el peso corporal (kg) dividido entre la talla al cuadrado (m ²).	Cuantitativa continua	Kilogramos sobre metros cuadrados
Obesidad	De acuerdo a la OMS se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	Se mide de acuerdo al Índice de Masa corporal es: el peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (Kg/m ²)	Cualitativa	1. Sin Obesidad 2. Con Obesidad
Conductas alimentarias	Comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las	Se obtendrá del cuestionario de conducta alimentaria infantil (CEBQ) que mide la conducta del niño por informe de los progenitores.	Cualitativa	1. Con estimulación al consumo de alimentos 2. Con inhibición al consumo de alimentos

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
	preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.	Consiste en 8 dominios o ítems que son: Respuesta a la comida (FR) Sobrealimentación emocional (EOE) Disfrute de los alimentos (EF) Deseo de beber (DD) Respuesta de saciedad (SR) Lentitud para comer (SE) Subalimentación emocional (EUE) Exigencia frente a los alimentos (FF)		
Percepción de imagen	Representación mental del cuerpo en función de la conciencia de cada persona. La autoimagen que el individuo piensa de sí mismo y cómo	Para evaluar la percepción que tienen los niños de su imagen corporal se utiliza las siete figuras de Collins. Los participantes eligen una figura para autodescribirse y	Cualitativa	1. Percepción consistente 2. Percepción alterada

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
	se percibe físicamente	<p>otra a la que les gustaría parecerse (ideal).</p> <p>Percepción</p> <p>Consistente cuando la figura para auto describirse coincide con la figura a la que les gustaría parecerse con una variante hacia arriba o una variante hacia abajo.</p> <p>Percepción</p> <p>Alterada cuando la figura para auto describirse no coincide con la figura a la que les gustaría parecerse (con variante de dos o más a la figura de autodescripción)</p>		
Autoestima	Descripción y valoración que hace el individuo de sí mismo	El cuestionario IGA-2001 validado en población mexicana,	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima alta 2. Autoestima baja

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
		<p>instrumento que consta de 25 reactivos, con tres opciones de respuesta (siempre, a veces, nunca),</p> <p>Un resultado de 16 puntos corresponderían a una interpretación de autoestima alta, mientras que obtener 27 puntos en los items negativos, se interpretan como autoestima baja.</p>		

▫ **DESCRIPCIÓN OPERATIVA:**

1. Previa autorización del Comité de Investigación y Ética y de las Autoridades hospitalarias, el médico residente identificará en los consultorios a aquellos pacientes pediátricos a los cuales su médico familiar haya diagnosticado con normopeso u obesidad.
2. Durante la consulta se explicó al niño y al padre o tutor sobre el objetivo de este estudio de investigación, solicitando la participación del menor a través del padre o tutor con su firma en el consentimiento informado, la colocación nombre y aprobación en el asentimiento informado por parte del paciente.
3. Una vez aceptada la participación y asegurando que cumple con los criterios de inclusión se procedió a recabar sus datos personales, así como a pesar y medir la talla del niño. Una vez realizado estas determinaciones se aplicaron las evaluaciones sobre conductas alimentarias (CEBQ), percepción corporal (Figuras de Collins) y autoestima (IGA-2001).
4. El cuestionario sobre Conducta Alimentaria Infantil CEBQ (ANEXO 4) se aplicó al padre o tutor del menor el cual consiste en un bloque de 35 preguntas dirigidas al conjunto de acciones que establece la relación del niño con los alimentos y que se presentan siempre, frecuentemente, algunas veces, raramente o nunca se presentan. Se evaluarán las respuestas de acuerdo a los ítems: respuesta a la comida (FR), sobrealimentación emocional (EOE), disfrute de los alimentos (EF), deseo de beber (DD), respuesta a la saciedad (SR), lentitud para comer (SE), subalimentación emocional (EUE) y exigencia frente a los alimentos (FF) que representan estimulación o inhibición del consumo de alimentos.
5. Se aplicó al infante el cuestionario de Percepción de Imagen Corporal (ANEXO 5) utilizando las siete figuras de Collins. Los niños eligieron una figura para auto describirse y otra a la que les gustaría parecerse (esto significa su figura ideal). De acuerdo a las respuestas se determinó si tiene una percepción consistente, que es cuando la figura para auto describirse coincide con la figura a la que les gustaría parecerse con una variante hacia

arriba o una variante hacia abajo; una percepción alterada resultó cuando la figura para auto describirse no coincide con la figura a la que les gustaría parecerse (con variante de dos o más a la figura de auto descripción).

6. La autoestima se valoró con el cuestionario para niños IGA-2001 un instrumento de auto informe útil para evaluar la valoración positiva de niños y adolescentes; el cual está formado por 25 reactivos, que se distribuyen en las siguientes áreas: yo, familia, fracaso, trabajo intelectual, éxito y afectivo-emocional con tres opciones de respuesta siempre, a veces y nunca. Un resultado de 16 puntos corresponden a una interpretación de autoestima alta, mientras que obtener 27 puntos en los items negativos, se interpretan como autoestima baja.
7. Una vez completada nuestra muestra, se buscó la asociación entre cada uno de los resultados de estos cuestionarios aplicados a los niños de 6 a 12 años de edad con la presencia o ausencia de obesidad.
8. Se analizó la información con el programa estadístico SPSS v.23 y se muestra una descripción detallada de los resultados en tablas de frecuencias y gráficos.

▫ **RECURSOS**

Humanos

Pacientes pediátricos y padres o tutores

Residente de la Especialidad de Medicina Familiar encargada de la elaboración del protocolo y planeación/reclutamiento de pacientes, análisis y presentación de tesis final.

Asesor e Investigador responsable revisor del trabajo de tesis, con asesoría 1-2 horas por semana.

Físicos y materiales

El presente protocolo se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar Número 80 del IMSS; no se necesita infraestructura especial, la necesaria es parte del instituto. Se emplearán

hojas con los anexos: consentimiento informado, recolección de datos personales, evaluaciones; equipo de oficina como calculadora y bolígrafos y una computadora con el programa SPSS para el análisis estadístico.

Financieros

La presente investigación no representa un costo adicional. No se requiere patrocinio o financiamiento externo por ninguna institución u organización ajena al instituto.

▫ **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Las variables numéricas se obtuvieron como media y desviación estándar. En aquellas distribuciones de variables ordinales se presenta también la mediana y el rango. En aquellas variables cualitativas se utilizaron proporciones. Para establecer asociación se utilizó Índice ji-cuadrado de Pearson (χ^2). Se utilizará programa estadístico SPSS v.23 a través de una descripción detallada de datos, tablas de frecuencias, gráficos bivariantes. Se habla de significancia estadística cuando exista un p valor ≤ 0.05 .

▫ **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

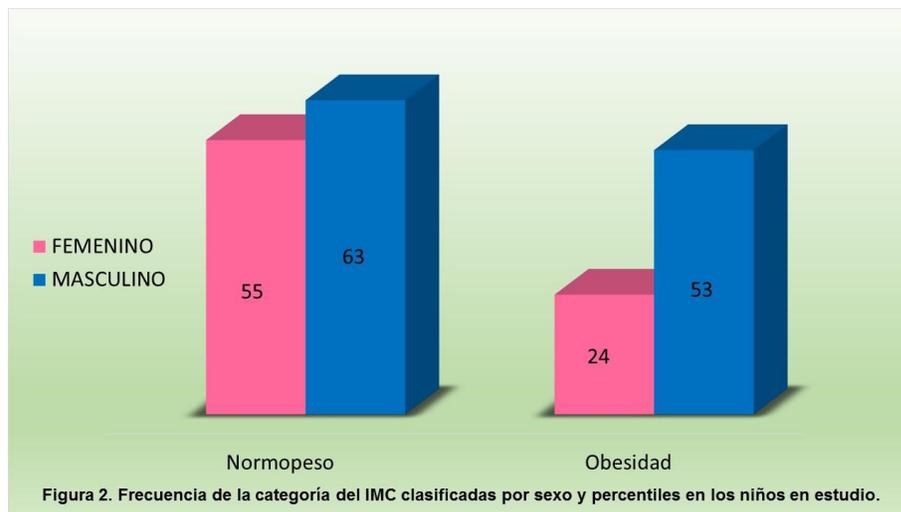
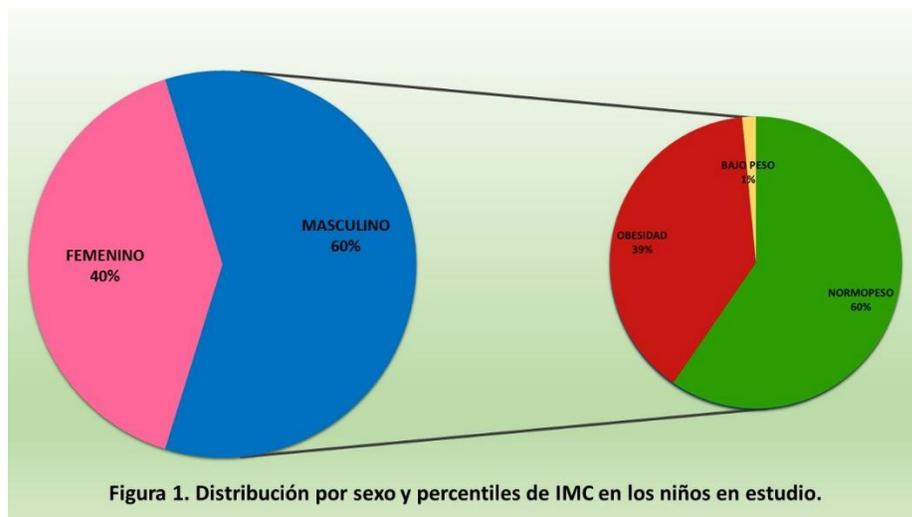
Tanto los cuestionarios como las hojas de recolección de datos se trataron con la máxima confidencialidad, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal. El desarrollo del presente trabajo de investigación, atiende a los aspectos éticos que garantizan la privacidad, dignidad y bienestar del sujeto a investigación, ya que no conlleva riesgo para el paciente de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, y de acuerdo al artículo 17 en el título segundo, capítulo I, de éste mismo título, es considerado UNA INVESTIGACIÓN SIN RIESGO (Categoría I), por lo que se necesita la firma de la carta de consentimiento informado por el padre o tutor ya que trabajamos con población pediátrica. Requirió la evaluación, aprobación y registro para su realización por el Comité Local de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar Número 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social. De acuerdo con los principios adoptados por la 18ª Asamblea Médica Mundial

de Helsinki, Finlandia en junio de 1964, y enmendadas por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia, en octubre de 1983, por la 41ª Asamblea Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, en la 48ª Asamblea en Sudáfrica en 1996; y en la última 59ª Asamblea general de la Asociación Médica Mundial en Seúl, en octubre de 2008. Así pues, todos los participantes firmaron de manera voluntaria un consentimiento bajo información antes de cualquier participación en el estudio.

Todos los procedimientos y actividades llevadas durante el desarrollo de este estudio fueron realizados en total apego a las disposiciones legales de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y en conformidad con los principios éticos para investigación en seres humanos detallados en la última revisión de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”. Conforme a los lineamientos de las buenas prácticas clínicas todos los participantes en el estudio serán identificados únicamente mediante iniciales y número en la base de datos. La información estará disponible sólo para los investigadores principales, y, con las restricciones de ley, para el participante.

RESULTADOS

De 198 niños se estudiaron 195 pacientes en la Unidad de Medicina Familiar Número 80, con una tendencia mayor el género masculino [59.6%] que el género femenino [40.4%]. La edad promedio fue de 8.72 ± 1.83 años; con un valor mínimo de 6 años y un valor máximo de 12 años. El IMC promedio fue de 18.77 ± 3.42 kg/m²; con valor mínimo de 12.80 kg/m² y valor máximo de 31.09 kg/m², lo que nos permitió evaluar el estado nutricional y categorizar a los niños en estudio fundamentado por percentiles de la OM. (véase fig. 1 y 2)



En base al cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEQB) realizado a los padres de familia o tutores encontramos variabilidad en las frecuencias en nuestra población estudio (véase tabla I-VIII).

Tabla I. Exigencia frente a los alimentos

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoría_Exigencia Frente Alimentos	Raramente	10	3	11	0	24
	Algunas Veces	4	7	16	1	28
	Frecuentemente	1	0	2	0	3
Total		15	10	29	1	55

Tabla II. Lentitud para comer

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoría_Lentitud Comer	Nunca	3	0	4	0	7
	Raramente	7	4	13	0	24
	Algunas Veces	5	6	11	1	23
	Frecuentemente	0	0	1	0	1
Total		15	10	29	1	55

Tabla III. Subalimentación emocional

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoría_Subalimentación Emocional	Nunca	3	0	4	0	7
	Raramente	9	7	13	0	29
	Algunas Veces	2	3	7	1	13
	Frecuentemente	1	0	5	0	6
Total		15	10	29	1	55

Tabla IV. Sobrealimentación emocional

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoría_Sobrealimentación_Emocional	Nunca	9	4	18	0	31
	Raramente	2	6	8	1	17
	Algunas Veces	4	0	1	0	5
	Frecuentemente	0	0	2	0	2
Total		15	10	29	1	55

Tabla V. Respuesta de la Sacidad

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoría_Respuesta_Sacidad	Nunca	1	0	2	0	3
	Raramente	7	5	15	0	27
	Algunas veces	5	5	10	1	21
	Frecuentemente	2	0	2	0	4
Total		15	10	29	1	55

Tabla VI. Deseo de beber

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoría_Deseo de Beber	Nunca	1	1	7	0	9
	Raramente	4	3	1	1	9
	Algunas Veces	5	4	13	0	22
	Frecuentemente	5	1	7	0	13
	Siempre	0	1	1	0	2
Total		15	10	29	1	55

Tabla VII. Disfrute de los alimentos

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoría Disfrute de Alimentos	Raramente	0	3	6	0	9
	Algunas Veces	6	2	11	1	20
	Frecuentemente	7	4	10	0	21
	Siempre	2	1	2	0	5
Total		15	10	29	1	55

Tabla VIII. Respuesta a la comida

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Categoria_Respu estaALaComida	Nunca	6	3	13	0	22
	Raramente	4	6	10	0	20
	Algunas Veces	2	1	5	1	9
	Frecuentemente	3	0	1	0	4
Total		15	10	29	1	55

Sin embargo, en la Percepción de Imagen que se evaluó por medio de las Figuras de Collins encontramos que el 54.55 % de la población tiene percepción consistente de su imagen corporal mientras que el resto 45.55% presenta una percepción alterada. Conforme a las percentiles que marca la OMS en los niños en estudio encontramos las siguientes frecuencias (véase tabla IX-X).

Tabla IX. Referencia de Imagen Actual

		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	Total
ASI SOY	1	1	0	5	0	6
	2	0	1	6	0	7
	3	1	1	8	0	10
	4	2	3	5	1	11
	5	7	3	2	0	12
	6	1	1	3	0	5
	7	3	1	0	0	4
Total		15	10	29	1	55

Tabla X. Referencia de Imagen Idealizada

		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	Total
ASI QUIERO SER	1	5	2	1	0	8
	2	3	2	3	0	8
	3	3	2	6	0	11
	4	3	3	13	0	19
	5	1	1	2	0	4
	6	0	0	3	1	4
	7	0	0	1	0	1
Total		15	10	29	1	55

En cuanto a la evaluación realizada de autoestima por medio del cuestionario IGA-2001 podemos ver que las frecuencias clasificadas en cada uno de los 6 factores presentan diferencias de acuerdo a las percentiles lo que valida parte de los objetivos específicos (véase tablas XI-XXXV)

Evaluación del Yo (Factor 1)

Tabla XI. Tengo plena confianza en mí mismo

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Tengo Plena Confianza en mi mismo	SIEMPRE	8	6	16	1	31
	A VECES	7	4	11	0	22
	NUNCA	0	0	2	0	2
Total		15	10	29	1	55

Tabla XII. Estoy orgulloso de mi mismo

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Estoy orgulloso de mi mismo	SIEMPRE	8	4	19	1	32
	A VECES	6	5	9	0	20
	NUNCA	1	1	1	0	3
Total		15	10	29	1	55

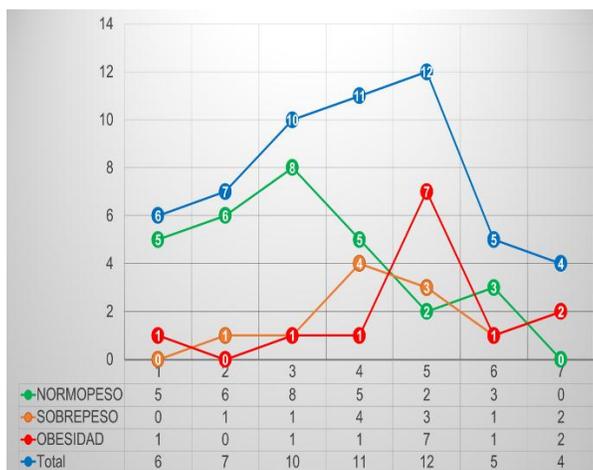


Figura 4. Frecuencia de respuestas a las figuras de Collins: Así soy

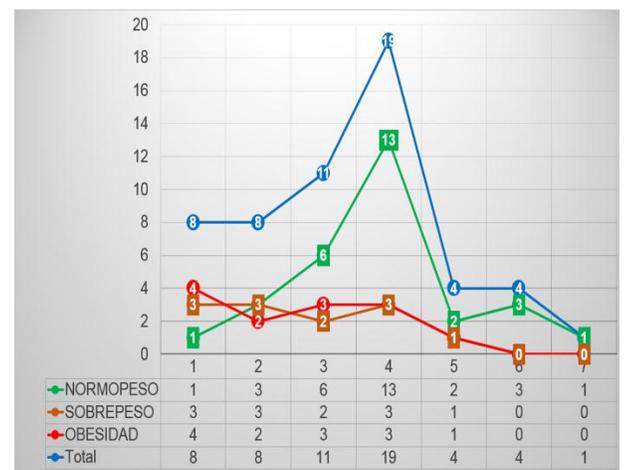


Figura 5. Frecuencia de respuestas a las figuras de Collins: Así quiero ser

Tabla XIII. Me siento bien conmigo mismo

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Me siento bien conmigo mismo	SIEMPRE	10	6	22	0	38
	A VECES	5	3	5	1	14
	NUNCA	0	1	2	0	3
Total		15	10	29	1	55

Tabla XIV. Me siento Feliz

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Me siento Feliz	SIEMPRE	10	6	21	1	38
	A VECES	5	4	7	0	16
	NUNCA	0	0	1	0	1
Total		15	10	29	1	55

Tabla XV. Me quiero mucho a mi mismo

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Me quiero mucho a mi mismo	SIEMPRE	9	6	21	1	37
	A VECES	6	3	6	0	15
	NUNCA	0	1	2	0	3
Total		15	10	29	1	55

Evaluación Familia (Factor 2)

Tabla XVI. Soy importante para mi familia

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Soy importante para mi familia	SIEMPRE	15	8	27	1	51
	A VECES	0	2	2	0	4
Total		15	10	29	1	55

Tabla XVII. Siento el amor que mi familia me tiene

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Siento el amor que mi familia me tiene	SIEMPRE	12	8	25	1	46
	A VECES	3	1	4	0	8
	NUNCA	0	1	0	0	1
Total		15	10	29	1	55

Tabla XVIII. Creo que me toman en cuenta en casa

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Creo que me toman en cuenta	SIEMPRE	12	8	23	1	44
	A VECES	3	2	6	0	11
	NUNCA	0	0	0	0	0
Total		15	10	29	1	55

Tabla XIX. En casa me aceptan como soy

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
En casa me aceptan como soy	SIEMPRE	11	7	23	1	42
	A VECES	4	3	5	0	12
	NUNCA	0	0	1	0	1
Total		15	10	29	1	55

Tabla XX. Mis padres me alientan para hacer cosas

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Mis padres me alientan para hacer las cosas	SIEMPRE	9	7	22	1	39
	A VECES	3	2	5	0	10
	NUNCA	3	1	2	0	6
Total		15	10	29	1	55

Evaluación Fracaso (Factor 3)

Tabla XXI. Me siento un perdedor

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Me siento un perdedor	SIEMPRE	0	1	0	0	1
	A VECES	4	4	10	0	18
	NUNCA	11	5	19	1	36
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXII. Me siento inútil

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Me siento inútil	SIEMPRE	0	1	0	0	1
	A VECES	3	2	3	0	8
	NUNCA	12	7	26	1	46
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXIII. Me siento inseguro

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Me siento inseguro	SIEMPRE	0	1	2	0	3
	A VECES	9	4	10	0	23
	NUNCA	6	5	17	1	29
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXIV. Siento que nadie me quiere

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Siento que nadie me quiere	SIEMPRE	1	1	0	0	2
	A VECES	4	3	5	0	12
	NUNCA	10	6	24	1	41
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXV. Todo me sale mal

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Todo me sale mal	SIEMPRE	0	1	2	0	3
	A VECES	7	6	12	1	26
	NUNCA	8	3	15	0	26
Total		15	10	29	1	55

Evaluación Trabajo Intelectual (Factor 4)

Tabla XXVI. Soy un alumno aplicado

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Soy un alumno aplicado	SIEMPRE	7	3	12	1	23
	A VECES	8	6	17	0	31
	NUNCA	0	1	0	0	1
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXVII. Soy Inteligente

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Soy inteligente	SIEMPRE	5	6	16	1	28
	A VECES	10	4	13	0	27
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXVIII. Soy una persona trabajadora

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Soy una persona trabajadora	SIEMPRE	7	6	21	1	35
	A VECES	8	4	8	0	20
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXIX. Soy una persona exitosa

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Soy una persona exitosa	SIEMPRE	7	4	16	1	28
	A VECES	8	6	11	0	25
	NUNCA	0	0	2	0	2
Total		15	10	29	1	55

Evaluación del Éxito (Factor 5)

Tabla XXX. No puedo lograr lo que me propongo

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
No puedo lograr lo que me propongo	SIEMPRE	2	4	3	1	10
	A VECES	8	5	14	0	27
	NUNCA	5	1	12	0	18
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXXI. Cumpló las metas que me propongo

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Cumpló las metas que me propongo	SIEMPRE	8	3	15	0	26
	A VECES	6	7	13	1	27
	NUNCA	1	0	1	0	2
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXXII. Yo tengo éxito en lo que me propongo

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Yo tengo éxito en lo que me propongo	SIEMPRE	4	5	19	1	29
	A VECES	10	4	9	0	23
	NUNCA	1	1	1	0	3
Total		15	10	29	1	55

Evaluación Afectivo-Emocional (Factor 6)

Tabla XXXIII. Creo que valgo nada o valgo muy poco

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Creo que valgo nada o valgo muy poco	SIEMPRE	0	2	2	0	4
	A VECES	3	4	6	1	14
	NUNCA	12	4	21	0	37
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXXIV. Creo que soy una persona que nadie quiere

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Creo que soy persona que nadie me quiere	SIEMPRE	0	0	1	0	1
	A VECES	1	4	6	0	11
	NUNCA	14	6	22	1	43
Total		15	10	29	1	55

Tabla XXXV. Creo que nadie se preocupa por mí

		CAT_PERCENTILA				Total
		Obesidad	Sobrepeso	Normopeso	Peso Bajo	
Creo que nadie se preocupa por mí	SIEMPRE	2	3	3	0	8
	A VECES	3	1	3	0	7
	NUNCA	10	6	23	1	40
Total		15	10	29	1	55

DISCUSIÓN

Actualmente la obesidad, sobre todo en países desarrollados, es considerado un serio problema de salud pública. Según estimaciones de la OMS, la prevalencia de obesidad en los últimos 40 años se ha casi triplicado a nivel global, y este incremento se ha observado tanto en adultos como niños. En la actualidad existen 41 millones de niños menores de 5 años en estado de obesidad y unos 340 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 19 años, en condición de sobrepeso y obesidad.⁴³

Los procesos de regulación del apetito en humanos son complejos, implicando no solo vías homeostáticas, fisiológicas y metabólicas, sino también un amplio rango de factores externos relacionados con la percepción (vías hedónicas), la experiencia previa y la conducta alimentaria propia.⁴⁴ En niños, la tendencia a la obesidad tiene un origen aún más complejo y multifactorial, y se ha mostrado que no existe una correlación clara entre el consumo de ciertos alimentos específicos y el peso corporal (con excepción de las bebidas azucaradas), sin embargo, sí es posible asociar determinados patrones conductuales con obesidad infantil.⁴⁵ Además, si ambos padres son obesos, el riesgo de obesidad en el niño será del 69-80%; si solamente uno de los padres es obeso, el riesgo disminuye del 41 al 50%; y si ninguno de los padres es obeso, el riesgo disminuye al 9%.⁴⁶ En este sentido, la presente investigación se planteó como objetivo analizar la relación entre la conducta alimentaria, la percepción de imagen corporal y la autoestima en niños con obesidad, suponiendo que estos aspectos psicológicos podrían estar deteriorados en dichos menores; por lo que se utilizó otro grupo de niños con normopeso para realizar dicho análisis.

De acuerdo con la información en el ámbito nacional, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población en edad escolar en 2016 fue 33.2% (IC95% 29.6, 37.1). En 2012 esta prevalencia fue 34.4% (IC95% 33.3, 35.6), 1.2 puntos porcentuales mayor; sin embargo, a pesar de esta tendencia de disminución, los intervalos de confianza de la prevalencia de 2016 son relativamente amplios, por lo que no es posible concluir que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad disminuyó.

La prevalencia de sobrepeso fue de 17.9% (IC95% 15.2, 21.1) y de obesidad de 15.3% (IC95% 12.5, 18.6) en 2016. La cifra de sobrepeso fue 1.9 puntos porcentuales menor que la observada en la ENSANUT 2012 (19.8%, IC95% 18.8, 20.9), mientras que la de obesidad fue 0.7 puntos porcentuales mayor (14.6%, IC95% 13.7, 15.6), pero los valores de las prevalencias en 2012 están incluidos en los intervalos de confianza de 95% de las prevalencias del 2016, por lo que se considera que no hubo cambios.⁴⁷

Actualmente podemos observar que el 38.9% de la muestra que tenemos son infantes con sobrepeso y obesidad, lo cual se determinara si al igual que ENSANUT MC 2016 predomina el sexo masculino con dicha patología.

Es preciso afirmar que la conducta alimentaria si se ve afectada en los niños que presentan obesidad, mediante múltiples cuestionarios y distintos estudios se asevera que para los niños obesos que son ridiculizados y de los que se burlan comúnmente, la obesidad se asocia a menudo con síntomas psicológicos y del comportamiento. Los infantes portadores de obesidad o con sobrepeso presentan un mayor riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos y burlas (incluso agresión física, maltrato y marginación social) que sus pares de contextura física normal. Como consecuencia de este hostigamiento o acoso, también llamado bullying, surge el estrés emocional, el bajo rendimiento escolar, el ausentismo y la dificultad para tener amigos, además de que se ve comprometida la capacidad de adaptación psicosocial en general, lo cual incrementa los sentimientos de ansiedad y depresión, disminuye la autoestima, y da lugar a problemas de conducta (como agresividad del niño o la niña con obesidad hacia los demás niños o niñas), además de déficit de atención.⁴⁸

En base al cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil (CEQB) en los niños del grupo con obesidad, encontramos alterados ciertos ítems; sin embargo, en nuestros pacientes con normopeso por medio del cuestionario no se encontró alteración significativa en la conducta alimentaria. Las conductas alimentarias se desarrollan en edades muy tempranas y persisten durante la edad adulta. Varios estudios han mostrado que los niños y adolescentes con alto consumo de frutas y vegetales tienen el doble de probabilidad de apegarse a recomendaciones

dietéticas saludables con ingesta adecuada de fibra, ácidos grasos saturados o sal en la edad adulta.⁴⁹ La adopción de conductas saludables en la niñez está influenciada por la familia, la escuela, los amigos, los medios de comunicación y la organización social, ya que son aprendidos y, por tanto, susceptibles de ser modificados a lo largo de la vida.⁵⁰

La relación existente entre obesidad y autoestima y entre obesidad e imagen corporal ha demostrado que la mayoría de los niños y adolescentes presentan autoestima baja e insatisfacción con su imagen corporal,⁵¹ lo que es similar en nuestro estudio en cuanto a la percepción de imagen corporal en los niños con obesidad ya que si presentaron elección por dos figuras o más en el cuestionario de las Figuras de Collins y es de llamar nuestra atención que los paciente con normopeso quizás no hay desviación de dos figuras pero si se presentan con la tendencia de elegir la figura a la que les gustaría ser una más arriba de su elección inicial, denotando que el verse con mayor peso para su conciencia actual es lo idóneo. La imagen corporal en el niño obeso tiene dos perspectivas importantes: la autoimagen corporal y la imagen corporal que perciben los padres. La obesidad incide negativamente en la percepción social y actitudinal que tienen los niños y niñas sobre su propio cuerpo. La insatisfacción corporal se asocia a baja autoestima, depresión y con el impulso inicial para trastornos de la conducta alimentaria. Los progenitores, en especial las madres, perciben a sus hijos como más delgados de lo que realmente son.⁵²

Una buena autoestima se relaciona con muchos aspectos positivos para la salud mental, como la percepción positiva de parte de los pares, logros académicos y persistencia. En cambio, una autoestima baja, sumada a problemas de cohesión familiar y menos apoyo social, genera mayores índices incluso de suicidio.⁵³ En cuanto a la autoestima en ambos grupos se encuentra conservada lo contrario la mayoría de publicaciones científicas, las cuales argumentan que en niños con obesidad infantil se encuentra deteriorada o baja.

CONCLUSIONES

En la actualidad existe un creciente índice de niños con obesidad, lo cual refleja un problema de salud de primordial importancia debido a las consecuencias negativas sobre el desarrollo integral de los menores, que exige la intervención de los profesionales de la salud para investigar e intervenir sobre los aspectos biopsicosociales involucrados.

En base a lo anterior concluimos que la conducta alimentaria actualmente presenta una asociación en los niños con Obesidad, debido a que los ítems de respuesta a la comida y disfrute de los alimentos se presentan en mayor porcentaje en los niños en estudio con dicho percentil. La adopción de comportamientos saludables en la niñez es un conjunto abstracto de actitudes, interacciones y emociones del niño hacia su bienestar que influirá en su salud de por vida, por lo que clarificar el concepto amplía el conocimiento acerca del fenómeno, y es el primer paso para lograr entender cómo es su dinámica y conocer sus elementos constitutivos, consolidándolo a partir de la investigación.

La percepción de imagen corporal en la mayoría de los casos analizados la imagen seleccionada como su silueta real corresponde a su IMC y observamos que presenta un mayor porcentaje de percepción alterada (66.6%), que de percepción consistente (31.25%) los niños con obesidad y viceversa con los niños que tienen percentil de normopeso. Numerosos estudios muestran que existe una distorsión de la imagen corporal de la madre hacia su hijo obeso o con sobrepeso, al que perciben como más delgado. Esta subestimación del peso corporal de sus hijos sin duda influye en la pobre adherencia familiar al tratamiento de la obesidad.

La autoestima en ambos grupos se encuentra dentro de la media, pero llama nuestra atención que entre 1 a 3 niños con percentil de peso normal presenta autoestima baja en el factor afectivo emocional el cual está relacionado con la percepción de preocupación por parte de personas significativas hacia él o ella.

RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS

La prevención de la obesidad infantil precisa de la colaboración y el compromiso de diversos sectores, lo cual exige el desarrollo de metodologías innovadoras tanto en el diseño de intervenciones como de su evaluación. Tradicionalmente, el tratamiento de la obesidad se fundamenta en la dieta y el ejercicio físico. Sin embargo, este enfoque es excesivamente reduccionista, ya que los aspectos psicológicos y sociofamiliares, que hacen un papel decisivo en la producción y el mantenimiento de la obesidad.

Hay poca evidencia generalizable sobre intervenciones que pueden llevarse a cabo en atención primaria o en los servicios de referencia disponibles, aunque numerosos estudios indican que las mejoras en el sobrepeso y obesidad son posibles. Ejemplo de ello son las guías y recomendaciones clínicas sobre cambios en el estilo de vida que pueden aplicarse a toda la población infantil.

Por lo que fomentar una cultura de conductas alimentarias saludables tiene un impacto significativo en la prevención de la obesidad y sobrepeso, junto con todas sus comorbilidades, que a su vez marcará una diferencia en la percepción de imagen y autoestima que los niños tengan de sí.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. Ginebra, Suiza: OMS 2011. (consultado 2017 abril 14). Disponible en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/>
- 2) Ley General de Salud. México. Diario Oficial de la Federación 14 de julio, 2008
- 3) Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006-2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- 4) Almeida-Gutiérrez E, Furuya-Meguro ME, Grijalva-Otero I. Obesidad infantil. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(2):4-5.
- 5) Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Johannsen M, Lange D, Muller MJ. Determinants of the prevalence and incidence of overweight in children and adolescents. Public Health Nutr 2010; 13 (11):1870-1881.
- 6) Bibiloni MM, Martinez E, Llull R, Juarez MD, Pons A, Tur JA. Prevalence and risk factors for obesity in Balearic Islands adolescents. Br J Nutr 2010; 103 (1): 99-106.
- 7) Barquera-Cervera S, Campos-Nonato I, Rojas R. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México. 2010; 146:397-407.
- 8) Fernández-Cantón SB, Montoya-Núñez YA, Viguri-Urbe R. Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. Bol Med Hosp Infant Mex 2011;68(1):79-81.
- 9) Mota, D. Obesidad infantil. 2009 URL disponible en: <http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/de>
- 10) La obesidad en las Niñas y los Niños de Edades Escolares en México. Análisis Estadístico a partir de la ENSANUT 2012.
- 11) Mercado P, Vilchis G. La obesidad infantil en México. Altern Psicol 2013; 2(1):49-57.
- 12) Gómez A. Intervención integral en la obesidad del adolescente. Rev Med Univ Navarra 2006; 50, (4): 23-25.

- 13) Anzman SL, Rollins BY, Birch LL. Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *Int J Obes (Lond)* 2010; 34 (7): 1116-24.
- 14) Power TG, Bindler RC, Goetz S, Dratha KB. Obesity prevention in early adolescence: student, parent, and teacher views. *J Sch Health* 2010; 80 (1): 13-9.
- 15) Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa. Tamaulipas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007.
- 16) Ward CL. Parental perceptions of childhood overweight in the Mexican American population: an integrative review. *J Sch Nurs* 2008; 24(6):407-416.
- 17) Gonzáles-Arratia, LFNI (2001). La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la construcción del ser. México: UAEM. 16
- 18) Pinherio, MC y MENA, MP. Padres, profesores y pares: contribuciones para la autoestima y doping en los adolescentes. *Anales de Psicología* 2014; 30(2): 656-666.
- 19) Wang, F. y Veugelers, PJ. Self-esteem and cognitive development in the era of childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews* 2008; 9(6): 615-623.
- 20) Shin, NY y Shin, MS. Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in obese Korean Children. *Journal of Pediatrics* 2008; 152(4); 502-506.
- 21) González-Arratia N. La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia de reconstrucción del Ser. México: UAEM. 2001.
- 22) González-Jiménez E, Aguilar-Cordero MJ, García-García CJ, García-López P, Álvarez-Ferre J. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutr Hosp.* 2012; 27(1):177-184
- 23) Cassimos D, Sidiropoulos H, Batzios S, Balodima V, Christoforidis. A Sociodemographic and dietary risk factors for excess weight in a greek pediatric population living in kavala, northern Greece. *Nutr Clin Pract* 2011; 26 (2): 186-191.
- 24) Domínguez P, Olivares S, Santos JL. Eating behavior and childhood obesity: family influences. *Arch Latinoam Nutr* 2008; 58 (3): 249-55.

- 25) Aranceta-Bartrina J, Pérez R, Ribas-Barba L, Serra-Majem L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008; 7 (1): 13-20.
- 26) Collins, ME (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating disorder* 1991;10(2): 199-208.
- 27) Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005
- 28) Cruz-Castellanos M, Sánchez-Mendoza NA, Dávila-Ortiz G, Jiménez-Martínez C. Aspectos evolutivos de la alimentación básica de la población mexicana y su efecto en la obesidad. *Alimentos Funcionales de Hoy* 2013; *Rev Endocrinol Nutr*, 21, 74-83
- 29) Vargas LA ¿Para qué sirven los estudios antropológicos sobre alimentación y nutrición? *Diario de campo*. 2010; julio-septiembre: 66-71.
- 30) SSA, Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013, IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno Federal.
- 31) Guía de la Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la obesidad exógena, 2012. Catálogo Maestro de Guías de la práctica Clínica. IMSS-046-08.
- 32) Visscher PM, Hill WG, Wray NR. Heritability in the genomics era—concepts and misconceptions. *Nat Rev Genet*. 2008; 9:255-66.
- 33) Janesick A, Blumberg B. Endocrine disrupting chemicals and the developmental programming of adipogenesis and obesity. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2011; 93(1):34-50.
- 34) Lujan-Sánchez AM, Lillyan-Piat G, Ariel-Ott R, Itati-Abreo G. Obesidad Infantil, La lucha contra un ambiente obesogénico. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. N° 197, Enero 2010.
- 35) Osorio EJ, Weisstaub NG, Castillo DC desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* 2002; 29(3): 280-285. 35
- 36) Dewnowski A. The science and complexity of bitter taste. *Nutr Rev* 2001; 59: 163-169.
- 37) Lobo ML, Barnard KE, Coombs JB. Failure to thrive: a parent infant interaction perspective. *J Pediatr Nurs* 1992; 7:251-61

- 38) Budiecker SB, Castillo CD, Salas IA. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71:5-11
- 39) Pérez-Salgado D, Rivera-Márquez JA, Ortiz-Hernández L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud Pública Mex* 2010; 52:119-126.
- 40) Durá-Travé T, Sánchez-Valverde F. Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social? *Acta Pediatr Esp.* 2005; 63: 204-207.
- 41) Wardle, J, Guthrie CA, Sanderson, S and Rapoport, L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 42, 2001, 963-970
- 42) Talavera JO, Rivas Ruiz R, Bernal Rosales LP. Investigación clínica V. Tamaño de Muestra. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (5): 517 -522
- 43) Enrique González-Casanova J, Pertuz Cruz SL, Chávez Vivas M, Marcela Rojas-Gómez D. Influencia de disruptores endocrinos medioambientales sobre la adipogénesis. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica.* 2018; 37(1):164–172.
- 44) María Hernández Ruiz de Eguilaz, Blanca Martínez de Morentin Aldabe, Eva Almiron-Roig, Salomé Pérez-Diez, Rodrigo San Cristóbal Blanco, Santiago Navas-Carretero, J. Alfredo Martínez. Multisensory influence on eating behavior: Hedonic consumption. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.).* 2018; 65 (2): 114-125
- 45) Oyarce Merino K, Valladares Vega M, Elizondo-Vega R, Obregón AM. Conducta alimentaria en niños. *Nutricion Hospitalaria.* 2016;33(6):1461–1469.
- 46) Pérez-Herrera A, Cruz-López M. Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutricion Hospitalaria.* 2019; 36(2):463–469.
- 47) Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. 2016: 64-65.
- 48) López-Morales, CM, Pascalis-Orozco, J, González-Heredia, R, Brito-Zurita, OR, Sabag-Ruiz, E. Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2014; 52(1): S64-S67.

- 49) Galván-Portillo M, Sánchez E, Cárdenas-Cárdenas LM, Karam R, Claudio L, Cruz M, et al. Dietary patterns in Mexican children and adolescents: characterization and relation with socioeconomic and home environment factors. *Appetite* 2018;12(1):275-284.
- 50) Moscoso-Loaiza LF, Díaz-Heredia LP. Adopción de comportamientos saludables en la niñez: análisis del concepto. *Aquichan*. 2018;18(2):171–85.
- 51) Floody Pedro D, Caamaño-Navarrete Felipe, Jerez-Mayorga Daniel, Cofré-Lizama Alfonso, Osorio-Poblete Aldo, Campos-Jara Christian et al. Obesidad, autoestima y condición física en escolares. *Rev.Fac.Med.* 2017; 65(1): 43-48.
- 52) Ortega Miranda EG. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Herediana*. 2018; 29(2):111–115.
- 53) Floody PD, Caamaño-Navarrete F, Martínez-Salazar C, Jerez-Mayorga D, Carter-Thuiller B, García-Pinillos F, et al. La obesidad infantil y su asociación con el sentimiento de infelicidad y bajos niveles de autoestima en niños de centros educativos públicos. *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35(3):533–537

ANEXOS

ANEXO 1

 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA		Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud	 IMSS
---	---	---	---

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1602** con número de registro **17 CI 16 022 019** ante COFEPRIS

H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **17/11/2017**

DRA. ANEL GÓMEZ GARCÍA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CONDUCTAS ALIMENTARIAS, PERCEPCIÓN DE IMAGEN Y AUTOESTIMA EN NIÑOS CON Y SIN OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1602-40

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ ANDRÉS ALVARADO MACÍAS
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

En la ciudad de Morelia, Michoacán a: ____ del mes de _____ del año: 201_.

Yo _____ acepto que mi hijo (a)
_____ participe en el estudio de investigación
titulado “CONDUCTAS ALIMENTARIAS, PERCEPCION DE IMAGEN Y
AUTOESTIMA EN NIÑOS CON Y SIN OBESIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR”

Registrado con el número: **R-2017-160-40** ante el Comité Local de Investigación y Ética en
Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

JUSTIFICACIÓN: La obesidad tiene múltiples causas y se expresa en función a las condiciones que manejan en la comunidad, en la familia o propias de la persona que la padece. La obesidad infantil abarca desde un 30 a 40% de la población. El médico familiar puede identificar los factores que predispongan a los individuos al sobrepeso u obesidad. Por lo tanto, el **OBJETIVO** principal de esta investigación es evaluar la asociación entre conductas alimentarias, autoestima y percepción de imagen en niños con obesidad infantil en la UMF Núm. 80 IMSS

PROCEDIMIENTOS: Se solicitará la autorización del padre o tutor para incluir al niño a este estudio de investigación. Una vez identificado el niño con normopeso u obesidad se le

pedirá que de su asentimiento para participar en el estudio donde se aplicarán algunos cuestionarios diseñados para investigar sobre la percepción que el niño tiene de sí mismo, su autoestima y al padre o tutor se le dará a responder el cuestionario de conducta alimentaria CEBQ que reflejará el comportamiento que tiene el niño con respecto a la comida. Posteriormente se evaluará cada cuestionario y formará una base de datos con la información tratando de evaluar la asociación que estos factores tienen con la obesidad o el normopeso.

RIESGOS Y MOLESTIAS: Esta investigación no implica riesgo alguno para el niño, ni para el padre o tutor, únicamente se realizará una entrevista y se solicitará contesten algunos cuestionarios, lo que sí es probable es que quizá tenga incomodidad emocional al evocar ciertos recuerdos de su vida.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: Con los resultados que se encuentren usted recibirá mejor información sobre el factor que afecta la salud de su hijo (a), cambios en estilo de vida para modificar la evolución de su peso, así como orientar a personas cercanas con factores de riesgo presentes y disminuir el riesgo en su familia.

INFORMACION DE RESULTADOS: Una vez que los investigadores cuenten con los resultados, se les informará a los participantes que así lo deseen con la finalidad de realizar acciones que beneficien su salud.

PARTICIPACION O RETIRO: El niño y su padre o tutor conserva su derecho a seguir participando en el estudio o a retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee o considere conveniente, sin repercusión alguna sobre la atención médica brindada por el IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información que el padre o tutor proporcione, incluyendo datos de identificación personal (Nombre, teléfono, dirección o número de afiliación), será manejada de manera confidencial. Así como los resultados de las pruebas

que conteste, salvaguardando siempre la privacidad. Y no serán proporcionados a nadie que no tenga relación con la investigación. Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRA DIRIGIRSE A: Investigadores responsables Dra. Génesis Lezama Toquiantzi Médico Residente de Medicina Familiar en la UMF Núm. 80 al teléfono 22 23 38 21 12; Dra. Anel Gómez García Investigadora Asociado D en CIMIBI al teléfono 44 33 28 23 65; M. en C. Carlos Gómez Alonso Asesor Estadístico en CIMIBI al teléfono 44 31 06 47 56; Co-Asesor: Dr. Cleto Álvarez Aguilar adscrito UMF 80, Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud. Investigador C teléfono 4433182074. Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1602: Presidente Dr. José Andrés Alvarado Macías tel. 310 99 50.

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

<p>_____</p> <p>Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal</p>	<p>_____</p> <p>Nombre del niño (a) participante</p>
<p>Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento.

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

Clave: 2810-009-

013

ANEXO 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Hola mi nombre es Génesis Lezama Toquiantzi actualmente estoy realizando un estudio llamado: **“CONDUCTAS ALIMENTARIAS, PERCEPCION DE IMAGEN Y AUTOESTIMA EN NIÑOS CON Y SIN OBESIDAD INFANTIL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.”** Este estudio es para conocer más acerca de la obesidad (acumulación anormal o excesiva de grasa que puede dañar la salud) en niños y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

El OBJETIVO principal de esta investigación es evaluar la asociación entre la percepción de imagen (como sientes que te ves), la autoestima (aprecio/amor a ti mismo) y las conductas alimentarias (la forma en la que comes) con la obesidad en niños de la Unidad Médico Familiar Núm. 80 de Morelia, Michoacán. PROCEDIMIENTO: Se solicitará la autorización de alguno de tus padres o tutor para incluirte en este estudio de investigación. Se aplicarán algunos cuestionarios a ti y a tu padre, madre o tutor y posteriormente se revisara cada cuestionario y revisara la información tratando de evaluar la asociación que estos factores tienen con la obesidad.

Tu participación en el estudio consistiría en **responder unos cuestionarios (varias preguntas e imagenes) fáciles y muy sencillas, que nos proporcionaran información valiosa.** Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá, mamá o tutor hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un

momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que nos proporciones / las mediciones que realicemos nos ayudarán a saber si hay algo que afecte (dañe) tu salud y las acciones que podemos llevar a cabo para modificar (cambiar) esto.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o resultados de las encuestas), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y si tus padres nos la solicitan de manera particular.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRA DIRIGIRSE A: Investigadores responsables Dra. Génesis Lezama Toquiantzi Médico Residente de Medicina Familiar en la UMF Núm. 80 al teléfono 22 23 38 21 12; Dra. Anel Gómez García Investigadora Asociado D en CIMIBI al teléfono 44 33 28 23 65; M. en C. Carlos Gómez Alonso Asesor Estadístico en CIMIBI al teléfono 44 31 06 47 56; Co-Asesor: Dr. Cleto Álvarez Aguilar adscrito UMF 80, Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud. Investigador C teléfono 4433182074. Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1602: Presidente Dr. José Andrés Alvarado Macías tel. 310 99 50.

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 de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

En la ciudad de Morelia, Michoacán a: ____ del mes de _____ del año: 201_.

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre _____

Edad: _____ Sexo _____

Peso _____ Talla _____

Índice de Masa Corporal _____

CUESTIONARIOS

Evaluación de Obesidad de acuerdo a las tablas de la CDC

FECHA	EDAD	PESO	ESTATURA	IMC

Normopeso () Sobrepeso () Obesidad ()

Evaluación de Conducta Alimentaria: _____

Evaluación de Percepción de Imagen: _____

Evaluación de Autoestima: _____

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE CONDUCTA ALIMENTARIA INFANTIL (CEBQ)

Por favor, lea las siguientes preguntas y marque las casillas más apropiadas para el comportamiento alimenticio de su hijo.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre		
A mi hijo le encanta la comida	<input type="checkbox"/>		EF				
Mi hijo come más cuando está preocupado	<input type="checkbox"/>		EOE				
Mi hijo tiene un gran apetito	<input type="checkbox"/>		SR*				
Mi hijo termina su comida rápidamente	<input type="checkbox"/>		SE*				
Mi hijo está interesado en la comida	<input type="checkbox"/>		EF				
Mi hijo siempre está pidiendo una bebida	<input type="checkbox"/>		DD				
Mi hijo rechaza nuevos alimentos al principio	<input type="checkbox"/>		FF				
Mi hijo come lentamente	<input type="checkbox"/>		SE				
Mi hijo come menos cuando está enojado	<input type="checkbox"/>		EUE				
Mi hijo disfruta saboreando nuevos alimentos	<input type="checkbox"/>		FF*				

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre		
Mi hijo come menos cuando está cansado	<input type="checkbox"/>		EUE				
Mi hijo siempre está pidiendo comida	<input type="checkbox"/>		FR				
Mi hijo come más cuando está molesto	<input type="checkbox"/>		EOE				
Si se le permite, mi hijo comería demasiado	<input type="checkbox"/>		FR				
Mi hijo come más cuando está ansioso	<input type="checkbox"/>		EOE				
Mi hijo disfruta de una amplia variedad de alimentos	<input type="checkbox"/>		FF*				
Mi hijo deja comida en su plato al final de una comida	<input type="checkbox"/>		SR				
Dada la elección, mi hijo comía la mayoría del tiempo	<input type="checkbox"/>		FR				
Mi hijo espera las comidas	<input type="checkbox"/>		EF				
Mi hijo disfruta comiendo	<input type="checkbox"/>		EF				
Mi hijo come más cuando está feliz	<input type="checkbox"/>		EUE				
Mi hijo es difícil de complacer con las comidas	<input type="checkbox"/>		FF				

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre		
Mi hijo come menos cuando está molesto	<input type="checkbox"/>		EUE				
Mi hijo se llena fácilmente	<input type="checkbox"/>		SR				
Mi hijo come más cuando no tiene nada más que hacer	<input type="checkbox"/>		EOE				
Incluso si mi hijo está lleno hasta encuentra espacio para comer su comida favorita	<input type="checkbox"/>		FR				
Si se le da la oportunidad, mi hijo bebería refresco o jugo continuamente durante todo el día	<input type="checkbox"/>		DD				
Mi hijo no puede comer una comida si ha comido algo antes	<input type="checkbox"/>		SR				
Si se le da la oportunidad, mi hijo siempre estaría tomando un refresco o jugo	<input type="checkbox"/>		DD				
Mi hijo / a está interesado en degustar la comida que no ha probado antes	<input type="checkbox"/>		FF*				
Mi hijo decide que no le gusta un alimento, incluso sin probarlo	<input type="checkbox"/>		FF				
Si se le da la oportunidad, mi hijo siempre tendrá comida en su boca	<input type="checkbox"/>		FR				
Mi hijo come más y más lentamente durante el curso de una comida	<input type="checkbox"/>		SE				

SCORING OF THE CEBQ

(Nunca=1, Raramente=2, Algunas veces=3, Frecuentemente=4, Siempre=5)

Respuesta a la comida	=	item FR
Sobrealimentación emocional	=	item EOE
Disfrute de los alimentos	=	item EF
Deseo de beber	=	item DD
Respuesta de saciedad	=	item SR
Lentitud para comer	=	item SE
Subalimentación emocional	=	item EUE
Exigencia frente a los alimentos	=	item FF

*items reversos

ANEXO 6

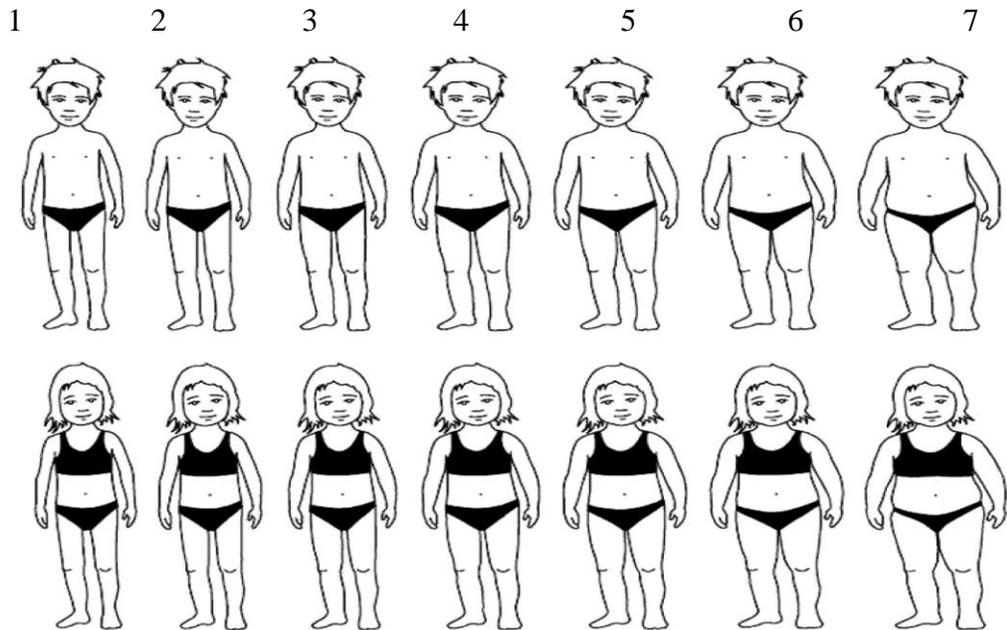
PERCEPCION POR IMAGEN

Para niños y adolescentes:

7 figuras humanas ordenadas de menor a mayor complejión; las cuales se clasifican como: infrapeso (1), bajo peso moderado (2), bajo peso ligero (3), normopeso (4), sobrepeso ligero (5), sobrepeso moderado (6) y obesidad (7).

Los participantes eligen una figura para autodescribirse y otra a la que les gustaría parecerse (ideal).

NIÑOS:



Así soy _____

Así quiero ser: _____

ADOLESCENTES

1



2



3



4



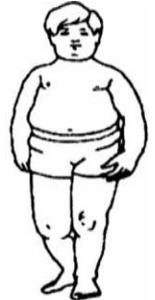
5



6



7



Así soy _____

Así quiero ser: _____

ANEXO 7

EVALUACION DE AUTOESTIMA

Niños y adolescentes

UESTIONARIO IGA-2001	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Evaluación Puntaje Total
	Siempre	A veces	Nunca	
Evaluación del YO				
Tengo plena confianza en mí mismo				Autoestima Alta 5 puntos
Estoy orgulloso de mi mismo				
Me siento bien conmigo mismo				
Me siento Feliz				Autoestima Baja 15 puntos
Me quiero mucho a mi mismo				
Evaluación Familia				
Soy importante para mi familia				Autoestima Alta 5 puntos
Siento el amor que mi familia me tiene				
Creo que me toman en cuenta en casa				
En casa me aceptan como soy				Autoestima Baja 15 puntos
Mis padres me alientan para hacer cosas				
Evaluación Fracaso				
Me siento un perdedor				Autoestima Alta 5 puntos
Me siento inútil				
Me siento inseguro				
Siento que nadie me quiere				Autoestima Baja 15 puntos
Todo me sale mal				

Evaluación trabajo intelectual				
Soy un alumno aplicado				Autoestima Alta
Soy Inteligente				4 puntos
Soy una persona trabajadora				Autoestima Baja
Soy una persona exitosa				12 puntos
Evaluación del Éxito				
No puedo lograr lo que me propongo				Autoestima Alta
Cumplo las metas que me propongo				3 puntos
Yo tengo éxito en lo que me propongo				Autoestima Baja 9 puntos
Evaluación Afectivo-Emocional				
Creo que valgo nada o valgo muy poco				Autoestima Alta
Creo que soy persona que nadie quiere				3 puntos
Creo que nadie se preocupa por mi				Autoestima Baja 9 puntos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2017				2018			2019	2020
<i>TRIMESTRES</i>	<i>ABR - JUN</i>	<i>JUL - SEP</i>	<i>OCT - DIC</i>	<i>ENE-MAR</i>	<i>ABR - JUN</i>	<i>JUL - SEP</i>	<i>OCT - DIC</i>	<i>ENE-MAR</i>	<i>ENE-MAR</i>
<i>ACTIVIDADES</i>									
<i>Identificación del problema</i>									
<i>Revisión bibliográfica</i>									
<i>Elaboración de protocolo</i>									
<i>Presentación de anteproyecto</i>									
<i>Envío a comité de evaluación</i>									
<i>Aprobación de SIRELCIS</i>									
<i>Captación de pacientes</i>									
<i>Análisis de resultados</i>									
<i>Discusión</i>									
<i>Presentación de Resultados</i>									
<i>Elaboración de manuscrito</i>									
<i>Exponer en Foro de investigación</i>									
<i>Entrega de manuscrito</i>									
<i>Examen de Grado</i>									