



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



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

**EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y
OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO.8.**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

SCARLETT GUADALUPE COLÍN LÓPEZ

Residente de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula:97374578. Adscrita al HGZ/MF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo".

. Teléfono: 5582339956. Fax: No fax

Correo: scarlettcolin@gmail.com.

**ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DIRECTOR DE TESIS**

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública

Matricula: 99374232. Encargado de la Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud

Teléfono: 5556349910 Fax: No Fax.

Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx.

**VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias en la Familia

Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI

Matricula: 99377278 Adscripción: Centro Médico Nacional Siglo XXI

Teléfono: 5520671563 Fax: No Fax

Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx.

**MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA
ASESOR CLÍNICO**

Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar

Matrícula:98113861. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo".

Teléfono:55450000340. Fax: No fax.

Correo: angelica.maravillas@imss.gob.mx.

**POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CIUDAD DE MÉXICO OCTUBRE 2021
No. DE REGISTRO: R-2021-3703-119**



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.

RESUMEN

EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NO. 8.

AUTORES: Gilberto Espinoza Anrubio¹, Eduardo Vilchis Chaparro², Angélica Maravillas Estrada³, Scarlett Guadalupe Colín López⁴, Adscripción Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8.

- 1.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Encargado Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS
- 2.- Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud, Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- 3.- Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar, adscrita a HGZ/MF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.
- 4.- Residente de tercer año. Especialización Medicina Familiar. HGZ/MF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

OBJETIVO

Evaluar la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional, realizado en pacientes adultos. Se incluyeron pacientes del servicio de urgencias, consulta externa y piso de medicina interna, con el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, de 18 a 90 años, con cualquier género. Muestra 100 pacientes, aleatoria, con intervalo de confianza del 90%, Variables: edad, género, escolaridad, religión, estado civil, enfermedades crónicas, peso, talla, IMC. Cuestionario: Inventario de autoestima de Cooper Smith versión adultos.

RESULTADOS:

Predominio del sexo femenino: 64%, Media de edad fue 46.63 años, Calificación Cooper Smith: media 60.68 puntos. 8% mostró nivel baja, 22% medio baja, 32% medio alta y 38% alta autoestima.

CONCLUSIONES:

El índice de masa corporal no está relacionado con el nivel de autoestima por si solo; sino que la autoestima está influenciada por múltiples factores que se van desarrollando desde la infancia, tienen que ver con las características propias del paciente en relación a su ambiente, religión, empleo, estado civil, escolaridad y demás variables que influyen en la presencia de un nivel de autoestima.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, Nivel de autoestima, Inventario de autoestima. Escala de Cooper Smith.

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

AUTORIZACIONES

**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. THALYNA POLACO DE LA VEGA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ENCARGADO AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD SIGLO XXI
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PPROFESORA TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESORA CLÍNICA DE TESIS

**EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA
EN PACIENTES CON SOBREPESO
Y OBESIDAD DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 8.**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser mi ejemplo a seguir, quienes siempre han luchado por darme lo mejor y hacer de mí una mujer de bien, por creer en mí y motivarme día a día para ser de excelencia sin perder el piso; a mis hermanos que son una fuente de amor y de entereza que me dan ánimos en mis días malos.

A Gabriel; mi alma gemela, quien me ilumina en los días oscuros y es la persona que me da la fuerza para luchar por mis sueños y nunca rendirme.

A mis profesores, que me instruyeron no solo en el área de enseñanza sino como ser humano, en especial, el Dr. Gilberto Espinoza y Dr. Eduardo Vilchis que son un gran ejemplo a seguir, siempre motivando a sus alumnos, enseñando a buscar la excelencia, que nada es imposible y si te esfuerzas por tus metas puedes lograrlo todo.

A la doctora Maravillas; por ser un gran ser humano; que me ha enseñado tanto aspectos académicos como de la vida diaria, gracias por ser una mujer inteligente, fuerte y segura que me gustaría ser en un futuro.

A mis compañeros, que a lo largo de este tiempo hemos formado una familia, trabajando codo a codo en favor de los pacientes.

22ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico.	8
2. Justificación.	21
3. Planteamiento del problema.	22
4. Objetivos.	23
5. Hipótesis.	24
6. Material y métodos.	25
7. Diseño de investigación.	26
8. Muestra	27
9. Ubicación temporal y espacial de la población.	27
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	28
11. Variables.	29
12. Diseño estadístico.	33
13. Instrumento de recolección.	33
14. Método de recolección.	33
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	36
16. Aspectos éticos.	38
17. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	47
18. Resultados.	49
19. Tablas y gráfica.	53
20. Discusión.	70
21. Conclusiones.	74
22. Cronograma.	76
23. Bibliografía.	77
24. Anexos.	82

MARCO TEÓRICO

La obesidad y sobrepeso son un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en países en vías de desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la obesidad y sobrepeso son una epidemia de una enfermedad crónica no transmisible que inicia a edades tempranas con un origen multicausal.¹

A nivel mundial en 2016, la OMS estimó que, más de 1.900 millones (39%) de personas mayores de 18 años, tenía exceso de peso, de los cuales 650 millones podían clasificarse como obesos, es decir, casi el 13% de la población adulta del planeta. Por sexo los hombres presentaban cifras ligeramente inferiores a las de las mujeres, así, el 11% de la población mundial masculina eran obesos (266 millones) y el 38% presentaba sobrepeso, frente a las mujeres, de las cuales, el 15% eran obesas (375 millones) y 40% tenían sobrepeso.²

La proyección a nivel mundial es alarmante: para el año 2030 la prevalencia de sobrepeso y de obesidad serán de 89 y 48 %, respectivamente .³

En la América Latina, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO, el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Bahamas (69%), México (64 %) y Chile (63%) los que presentan las tasas más elevadas.⁴

Diferentes estudios en la población general, sugieren la asociación entre obesidad y sobrepeso con problemas emocionales. Los sujetos que buscan un tratamiento para perder peso tienen considerablemente más trastornos psicológicos que los obesos que no se preocupan por este o quienes no son obesos. Los obesos perciben su imagen corporal y peso de una manera más negativa que los delgados, y frecuentemente experimentan depresión y ansiedad, con más frecuencia las mujeres que los hombres.⁵

Una de las principales consecuencias de la obesidad y sobrepeso, considerada de las más importantes es la pérdida de autoestima, lo cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla.⁶

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud que afectan la autoestima y la salud mental, debido al conocimiento de los riesgos que está expuesto el individuo según la condición de salud que posee o por la insatisfacción de un peso corporal que le impiden auto realizarse libremente en la vida cotidiana.⁷

Toda persona insatisfecha con su peso corporal es un factor de inseguridad que según su personalidad puede manifestarlos de diferentes maneras afectando su salud emocional que pueden influir positiva o negativamente según la magnitud de la insatisfacción que tiene el individuo y la actitud tomada.⁸

Epidemiología

Según informes de la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, para adultos de 20 años y más la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2016; este aumento de 1.3 puntos porcentuales no fue estadísticamente significativo. Las prevalencias tanto de sobrepeso como de obesidad y de obesidad mórbida fueron más altas en el sexo femenino. Aunque las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad no son muy diferentes en zonas urbanas (72.9%) que en rurales (71.6%), la prevalencia de sobrepeso fue 4.5 puntos porcentuales más alta en las zonas rurales, mientras que la prevalencia de obesidad fue 5.8 puntos porcentuales más alta en las zonas urbanas. La prevalencia de obesidad abdominal fue de 76.6%, siendo mayor en mujeres que en hombres (87.7% vs 65.4%) y en los grupos de 40 a 79 años comparados con el grupo de 20 a 29 años.⁹

Etiología

La obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos. Se caracteriza por un aumento en los depósitos de grasa corporal y por ende ganancia de peso, causados por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de energía de los alimentos excede al gasto energético y, como consecuencia, el exceso se almacena en forma de grasa en el organismo.¹⁰

El balance positivo de energía es la causa inmediata de la obesidad; sin embargo, la falta de correspondencia entre la ingestión y el gasto de energía tiene sus orígenes en un sistema causal de gran complejidad, donde diferentes factores biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos (locales y globales) se interconectan, integran e interactúan modificando las características de la alimentación y la actividad física, haciendo difícil el control y prevención de esta enfermedad tanto a nivel individual como poblacional.¹¹

Los síndromes genéticos representan el 1% de la obesidad, correspondiendo el 99% restante al concepto de obesidad nutricional, simple o exógena. La obesidad nutricional es una anomalía multifactorial en la que se han identificado los siguientes factores:¹²

- a) **Factores genéticos:** La búsqueda de genes relacionados con la obesidad nutricional ha obtenido respuesta positiva en los últimos años. La deficiencia congénita de leptina ha sido demostrada en unos pocos niños con obesidad de comienzo precoz; también se conoce algún caso de deficiencia congénita del receptor de la leptina.¹³
- b) **Factores ambientales:** Se ha observado relación entre el peso al nacimiento, que es el resultado del medio ambiente fetal, y la aparición de obesidad.¹⁴
- c) **Los factores dietéticos** y los relacionados con el gasto energético presentan mayor importancia. Los resultados sobre la relación entre ingesta elevada de energía y obesidad no son concluyentes; mayor efecto parece tener la proporción de energía aportada por la grasa.¹⁵

En cuanto al gasto energético, el factor que determina en mayor medida la aparición de obesidad es el sedentarismo y en concreto la práctica de actividades sedentarias como ver la televisión, utilizar el ordenador o los video-juegos.¹⁶

Fisiopatología.

El adipocito es la principal célula del tejido adiposo y está especializada en almacenar el exceso de energía en forma de triglicéridos en sus cuerpos lipídicos (siendo la única célula que no puede sufrir lipotoxicidad), y liberarlos en situaciones de necesidad energética.¹⁷

Además, desde su descubrimiento como célula endocrina sabemos que el adipocito desempeña un rol activo tanto en el equilibrio energético como en numerosos procesos fisiológicos y metabólicos.¹⁸

Aunque en la actualidad, al menos 600 factores bioactivos son considerados adipoquinas (citoquinas emitidas por el tejido adiposo), desconocemos en gran medida la función, modo de acción o señalización de muchas de las adipoquinas recientemente descubiertas¹⁹.

Con todo, leptina y adiponectina siguen siendo las adipoquinas más estudiadas actualmente, intentando avanzar en una comprensión más profunda de su desempeño a nivel general y en la obesidad.²⁰

La obesidad ha sido asociada con una perturbación en el perfil secretado, tanto del tejido adiposo como del adipocito, observando así, una alteración en el ratio leptina/adiponectina. Por tanto, en un contexto de lipo-inflamación se observa un aumento de los niveles séricos de leptina acompañados de una disminución de adiponectina que no se corresponde con los niveles de tejido graso.²¹

Si a esto le sumamos el papel inmuno-modulador que desempeña la leptina, y el papel antiinflamatorio y sensibilizador de la insulina a nivel sistémico de la adiponectina, nos encontramos con un perfil secretor que puede explicar en parte las anomalías metabólicas asociadas a la obesidad, como un estado que conlleva inflamación de bajo grado.²²

El tejido adiposo se compone de adipocitos y estroma (tejido conectivo reticular que confiere soporte a los adipocitos y a la vascularización e innervación), junto a numerosas células (macrófagos, células T, fibroblastos, preadipocitos, células mesequimales, pericitos, etc.) que conforman el microambiente celular. Las células inmunes del tejido adiposo también tienen capacidad de secretar factores relacionados con la inflamación, circunstancia que será esencial para determinar el rol que tengan las alteraciones en dicho microambiente en el concierto metabólico, pasando de un perfil anti-inflamatorio a inflamatorio. En este contexto observamos que en la obesidad la mayoría de citoquinas de perfil pro-inflamatorio son emitidas por macrófagos M1 o "clásicamente activados" del tejido adiposo, los cuales encuentran muy aumentado su número por infiltración de monocitos circulantes atraídos por quimio-atrayentes y por proliferación local. Recientemente se ha sugerido que dicha proliferación local a partir de macrófagos residentes antecede a la infiltración, iniciando la acumulación de macrófagos en el tejido²³.

El adipocito puede desarrollarse mediante dos procesos: por hipertrofia (aumentando su tamaño) y por hiperplasia (aumentando su número a partir de una célula precursora que pasa por una serie de pasos hasta diferenciarse a su último estadio, desde preadipocito a adipocito maduro). Tradicionalmente se ha considerado que un momento determinado en el crecimiento de un adipocito, al ir aumentando su volumen de grasa (hipertrofia), alcanzará un umbral de tamaño crítico en el que se dará un proceso de hiperplasia, estimulando a una célula precursora y generando así, una nueva célula adiposa²⁴.

Actualmente se sabe que es un proceso fuertemente regulado por muchos factores y que la sola exposición a una dieta alta en grasa hace que las células precursoras comienzan a proliferar a nivel visceral sin la necesidad de una señal de los adipocitos hipertrofiados. Estudios sugieren que una vez superado dicho tamaño umbral, el adipocito hipertrofiado presentará una disfunción en su actividad caracterizada por disminución de la sensibilidad a la insulina, hipoxia, aumento de los parámetros de estrés intracelular, aumento de la autofagia y la apoptosis, así como la inflamación de los tejidos. Así observamos que, la hipertrofia en grandes adipocitos se ha relacionado con un aumento de la emisión de factores inflamatorios o alteración de la sensibilidad a la insulina, tanto en modelos animales como humanos. A su vez la grasa visceral se ha relacionado con mayor fuerza con efectos adversos que la periférica o subcutánea²⁵.

En la niñez y adolescencia el proceso dominante de desarrollo es la hiperplasia en determinados estadios, debido a que es más fácil la adipogénesis una vez alcanzado dicho tamaño crítico. Por el contrario, en la edad adulta es más difícil esta situación, pudiéndose alcanzar un mayor tamaño en el adipocito sin que se estimule la hiperplasia, siendo el desarrollo por hipertrofia el mecanismo normativo de desarrollo en el tejido adiposo subcutáneo en la ganancia de peso. Aunque esto no significa que ante una sobre ingesta crónica un niño no pueda desarrollarse por hipertrofia adipocitaria y generar las perturbaciones propias del adulto. De hecho, en la edad adulta el número de adipocitos permanece prácticamente estable con respecto al total alcanzado durante la adolescencia, y por eso es tan importante la prevención en la edad infanto-juvenil, ya que una pérdida importante de peso disminuye el volumen y no el número de adipocitos²⁶.

En un primer momento, en el desarrollo por hipertrofia se da un estado transitorio de inflamación que se considera necesario e incluso saludable. El problema surge al perpetuarse esta situación, ya que comprometería la integridad del adipocito, hipertrofiado en exceso, modificando tanto su comportamiento metabólico como generando adaptaciones en el tejido, e incluso, en última instancia, llevándolo a la apoptosis. En este momento se daría una infiltración de células inmunes de perfil proinflamatorio, alterando el microambiente celular, y generando un estado de inflamación tisular conocido como lipo-inflamación. Este fenómeno vertería a la circulación factores inflamatorios que pueden viajar a otros tejidos, generando a su vez alteraciones en los mismos y, dando lugar a una condición inflamatoria sistémica de bajo grado. Junto a la alteración de la angiogénesis se dará una situación de hipoxia y alteración de la matriz extracelular (fibrosis), agravando aún más la situación inflamatoria del mismo²⁷.

El mayor tamaño del adipocito, unido a un estado inflamatorio concomitante al mismo, condiciona su funcionamiento:

- a)** Alterando su perfil secretor con una mayor producción de leptina y menor de adiponectina (la cual inhibe su expresión por factores inflamatorios como el TNF α).
- b)** Causando una menor sensibilidad a la insulina.
- c)** Dando lugar a una peor función mitocondrial y un mayor estrés del retículo endoplasmático.
- d)** Produciendo una mayor lipólisis basal.
- e)** Alterando el citoesqueleto celular.
- f)** Ocasionando una menor lipogénesis de novo.

Este aumento de la lipólisis basal se conoce como “hipótesis del sobre flujo”, es decir, el adipocito ha saturado su capacidad para depositar triglicéridos y, éstos se dirigen a otros tejidos depositándose ectópicamente en los mismos, generando, de este modo, lipotoxicidad y resistencia a la insulina. El aumento del flujo de ácidos grasos libres, unido a los factores inflamatorios, convierte una situación de resistencia a la insulina e inflamación local en un estado de resistencia a la insulina sistémico y de inflamación crónica de bajo grado²⁸.

Debido a su limitada capacidad hiperplásica, desarrollo por hipertrofia y generación inflamatoria, y a su mayor respuesta a catecolaminas y menor respuesta inhibitoria de la insulina a la lipólisis, el tejido adiposo visceral se convierte en el primer almacén de triglicéridos ante la incompetencia del tejido adiposo subcutáneo para almacenar el exceso de energía. Su proximidad anatómica al hígado, más por el flujo de factores inflamatorios cuando se encuentra hipertrofiado que por exceso de ácidos grasos (teoría portal), condicionan la salud de este órgano, el cual a su vez condiciona la salud sistémica del individuo. Por tanto, el aumento de la deposición de grasa a nivel central se considera un factor de riesgo por sí mismo a la hora de estratificar una mayor incidencia de síndrome metabólico, diabetes tipo 2 o enfermedad cardiovascular. La mayor facilidad para las mujeres a la hora de almacenar grasa en la región glúteo-femoral, y el mayor acúmulo de grasa a nivel central por parte de los hombres, explica en buena medida las diferencias entre sexos y la mayor protección de las mujeres frente a eventos cardiovasculares²⁹.

Diagnóstico

La evaluación médica inicial tiene como objetivo identificar a los individuos con sobrepeso u obesidad, así como a aquellos en riesgo de padecerlos, la historia clínica es fundamental para investigar los hábitos de vida, de alimentación y de actividad física; evaluar el riesgo actual y futuro de comorbilidad; e investigar la disposición de cambios de comportamiento del paciente y de su familia.³⁰

Se recomienda documentar la siguiente información: estatura, peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura, signos vitales, hábitos de actividad física y alimentaria, historia familiar de obesidad, antecedente de tabaquismo y/o alcoholismo, empleo de medicina alternativa y síntomas de apnea del sueño, enfermedad cardiovascular y articular.³¹

La medición de la circunferencia abdominal es sencilla y válida para promover la salud e identificar a las personas en riesgo de enfermedad cardiovascular, la medición de este se hace en primer paso localizando la parte superior del hueso de la cadera y la parte superior de la cresta iliaca derecha. Colocar la cinta métrica en plano horizontal alrededor del abdomen al nivel de la cresta iliaca. Antes de leer la cinta métrica, asegúrese que la cinta métrica este ajustada pero no comprimiendo la piel. La medición se hará al final de una espiración normal.

El índice de masa corporal (IMC) que se obtiene de dividir el peso en kilos entre el cuadrado de la estatura en metros (kg/m^2), es el parámetro somatométrico que mejor correlaciona con la cantidad de grasa corporal y por lo tanto debe de utilizarse.³²

El cálculo del IMC se debe emplear como una estimación práctica para clasificar a los adultos con bajo peso, sobrepeso u obesidad. Para definir el sobrepeso en la población adulta, la OMS recomienda utilizar como punto de corte $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y para obesidad, $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Es aconsejable calcular el IMC por lo menos una vez al año y cuantas veces sea necesario durante la vigilancia de un paciente con sobrepeso u obesidad. También es importante educar a los pacientes acerca de su IMC y los riesgos asociados con este. En la tabla 1 se muestra la división según el IMC³³ (Ver anexo 1)

Autoestima

La autoestima es una forma de ser y actuar, puesto que arraiga en los niveles más hondos de nuestras capacidades, es una estructura funcional de mayor eficacia y solidez, que engloba y orienta todo dinamismo humano. La autoestima es la evaluación que la persona realiza y que habitualmente mantiene en relación a si misma: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna. La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma.³⁴

Al hablar de autoestima estamos hablando de amor propio que comprende ideas y sentimientos, acerca de si mismos, ellos pueden ser positivos o negativos, por ejemplo “soy linda”, “soy inteligente”, “aprendo de mis errores”, “soy sociable” y mientras más positivos sean los sentimientos que tengamos mayor es nuestro amor propio. La autoestima es también una actitud hacia uno mismo, generada en la interrelación con los otros, que comprende la percepción, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo.³⁵

La autoestima tiene cuatro componentes en su definición:

- a) **Es una actitud:** ya que examina las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas.
- b) **Tiene un componente cognitivo:** pues se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma.
- c) **Tiene un componente afectivo:** incluye la valoración de lo positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas.
- d) **Tiene un componente conductual:** implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. ³⁶

La podemos dividir en:

- a) **Alta autoestima:** Se basa en la confianza en todo lo que se hace en la vida, sentirse apto para los retos, sentirse capaz y valioso, o enfocado como persona. Esta característica da una mayor posibilidad de éxito en el desenvolvimiento de las actividades que se realiza cotidianamente, no se asegura fortuna, solo ofrece que se sientan bien de sí mismo aún ante un fracaso, lo importante será el esfuerzo y el deseo de superar los grandes retos.
- b) **Autoestima media:** Se relaciona entre la autoestima alta y baja, la persona con autoestima media no es considerada apta, inútil o equivocado, generalmente no hay una estabilidad emocional si lo hay sentimientos encontrados, la persona padecen cambios de actitud que hace que él se complique en la toma de decisiones para una solución ante diversas situaciones.
- c) **Baja autoestima:** La persona con baja autoestima se siente desvalorizada y se menosprecia a sí mismo, aun cuando otros reconozcan su valor y su esfuerzo honestamente y no sólo por hacerlo sentir bien. Enfatizando la media y baja autoestima, es importante buscar la orientación de un profesional para iniciar un tratamiento adecuado a cada caso, y no dejar que el malestar siga desarrollándose más, al grado que pueda provocar otros problemas de mayor riesgo emocional. ³⁷

Relacionado con lo anterior, una de las principales consecuencias de la obesidad y sobrepeso, considerada de las más importante es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla. De acuerdo con esto, dichos problemas impiden que se baje de peso. A su vez, la autoestima es considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establecen que una mejora de la autoestima en los pacientes obesos proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso.³⁸

El hablar de alta o baja autoestima se ha convertido en parte cotidiana del vocabulario de los médicos, así como de los trabajadores de la salud mental. Debido a la gran influencia que la autoestima puede tener en la vida de las personas, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de evaluarla.³⁹

Escala de Autoestima de Cooper Smith para Adultos.

Escala de Autoestima de Cooper Smith para Adultos, compuesto por 25 ítems. La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes a partir de los 16 años de edad en adelante y adultos, los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas:

- a) **Si mismo general:** El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.
- b) **Social:** Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.
- c) **Familiar:** Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.⁴⁰

- d) La administración puede ser llevada a cabo en forma individual o grupal y tiene un tiempo aproximado de 20 minutos. El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4. La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

Ítems

Verdaderos: 1,4,5,8,9,14,19,20.

Ítems Falsos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25.

Sub escalas:

- **Si mismo general:** (13 ítems) 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25.
- **Social:** (6 ítems) 2,5,8,14,17,21.
- **Familiar:** (6 ítems) 6,9,11,16,20,22.

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

- De 0 a 24 Nivel de Autoestima Baja
- 25 a 49 Nivel de Autoestima Media baja
- 50 a 74 Nivel de Autoestima Media alta
- 75 a 100 Nivel de autoestima Alta

La confiabilidad, evaluada con el coeficiente de Alfa de Cronbach mostró un valor de 0.81.⁴²

Antecedentes.

Uno de los principales estudios que se realizaron en el país para determinar la validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Cooper Smith en participantes mexicanos fue el realizado por Lara-Cantú; participaron 411 sujetos, 211 mujeres y 200 hombres de la Ciudad de México; fueron seleccionados de una amplia gama de ambientes laborales, escolares y en hogares diversas ocupaciones, escolaridad, estado civil y edad. La confiabilidad, evaluada con el coeficiente de Alfa de Cronbach mostró un valor de 0.81; la media del Inventario de Autoestima fue de 17.55, con una desviación estándar de 4.6; con un rango de 2 a 25 puntos. Las comparaciones por edad mostraron diferencias importantes en el grupo de 26 a 35 años el que mostró la más alta autoestima, y la menor el rango de 51 o más años.⁴³

En México, en un estudio realizado por Aguilar, et al, llamado “La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia”; que se realizó en 41 alumnos de primer ingreso a la Facultad de Medicina, de la Universidad de Veracruz, Campus Minatitlán, 2004, se encontró que el promedio de edad fue de 18.2 + 1.3 años, hubo 22 (53.7%) hombres y 19 (46.3%) mujeres, 26 (63.4%) alumnos tuvieron una autoestima muy alta y 15 (36.6%) alta, con una media de 123.7 + 9.7 puntos; la media de IMC fue de 24.06 + 3.7 kg/m² observaron que hay cierta correlación: entre mayor es el IMC más baja es la autoestima.⁴⁴

Un estudio realizado por Rufino, et al, en Perú, “Nivel de autoestima en el adulto mayor del centro de desarrollo integral de las familias Distrito de Castilla, Piura”, 2018, conformado por 30 adultos mayores a los cuales se realizó la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos, obteniendo que el 30% de los entrevistados presentaron un nivel de autoestima bajo.⁴⁵

En la investigación de Ancer; Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios, exploró la relación entre el estrés y la autoestima en 219 jóvenes de una universidad privada del área metropolitana de Monterrey (México), además de determinar si hay diferencias por género y por estatus laboral. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido de Cohen y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos indicaron la presencia de una correlación negativa entre estrés y autoestima, incrementándose en los jóvenes que solamente estudian. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en estrés y autoestima en la muestra en función del estatus laboral.

46

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: Según la OMS, México destina 190 mil millones de pesos para la atención de enfermedades crónicas, lo que se traduce en la mitad del presupuesto total de las instituciones públicas de salud. Ser obeso o con sobrepeso constituye en la actualidad un estigma social. Múltiples usos y costumbres, opiniones e informaciones conforman un sutil entramado del que se ha participado, y que supone el rechazo, manifiesto, de cualquier persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente

Viabilidad: El Programa Nacional de Salud y los programas prioritarios de atención, contemplan el sobrepeso, obesidad y los trastornos de la afectividad como áreas prioritarias de atención por nuestro sistema de salud.

Vulnerabilidad: Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la prevención o detección oportuna de las patologías que en él se estudiarán.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados a la población en estudio.

Trascendencia: A la larga este padecimiento traerá repercusiones económicas a nuestro sistema de salud, pues las enfermedades crónicas para las cuáles es factor de riesgo son enfermedades que utilizan muchos recursos de nuestro sector salud.

En el país existe poca información relacionado a nuestro tema de investigación partiendo de la problemática que se ha presentado, se ha decido profundizar en el tema mediante la realización de este estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autoestima es la percepción evaluativa de sí mismo, naturalmente, el nivel de autoestima oscila durante el transcurso de los años, en función de las propias circunstancias cambiantes y experimentadas a lo largo de la vida de cada persona. En la mayoría de los casos se observa en el paciente con sobrepeso y obesidad un déficit en su autoestima debido a los cambios a su imagen corporal. Muchas veces las causas del sobrepeso y la obesidad inician en la familia, por conflictos en la dinámica familiar principalmente en la relación entre padres, la persona puede ser víctima de algún tipo de discriminación dentro de la familia por algún motivo, dando lugar a una mala relación familiar, por estos motivos se ve afectada emocionalmente manifestando ansiedad, angustia desesperación y estrés, son personas con poca afectividad lo que hace que ingieran más alimento de lo normal. Lo anterior origina rasgos de personalidad distorsionados por su imagen corporal no estando de acuerdo con esta, produciendo en el individuo desconfianza. La descarga emocional la dirige a la ingesta inadecuada de alimentos, ocasionando el desarrollo de algún mecanismo de defensa por el auto concepto negativo de sí mismo, esto también desarrolla otra serie de problemas psicológicos como malas relaciones en su entorno, depresión llegando a problemas en su autoestima. Por la cual se concluye con la siguiente pregunta a investigar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la autoestima de los pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8?

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el tipo de autoestima en los pacientes con sobrepeso y obesidad.
- Determinar el peso, talla e índice de masa corporal.
- Obtener variables sociodemográficas de los participantes.

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula (H_0):

Los pacientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 con sobrepeso y obesidad no tienen alta autoestima.

Hipótesis Alterna (H_1):

Los pacientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 con sobrepeso y obesidad tienen alta autoestima.

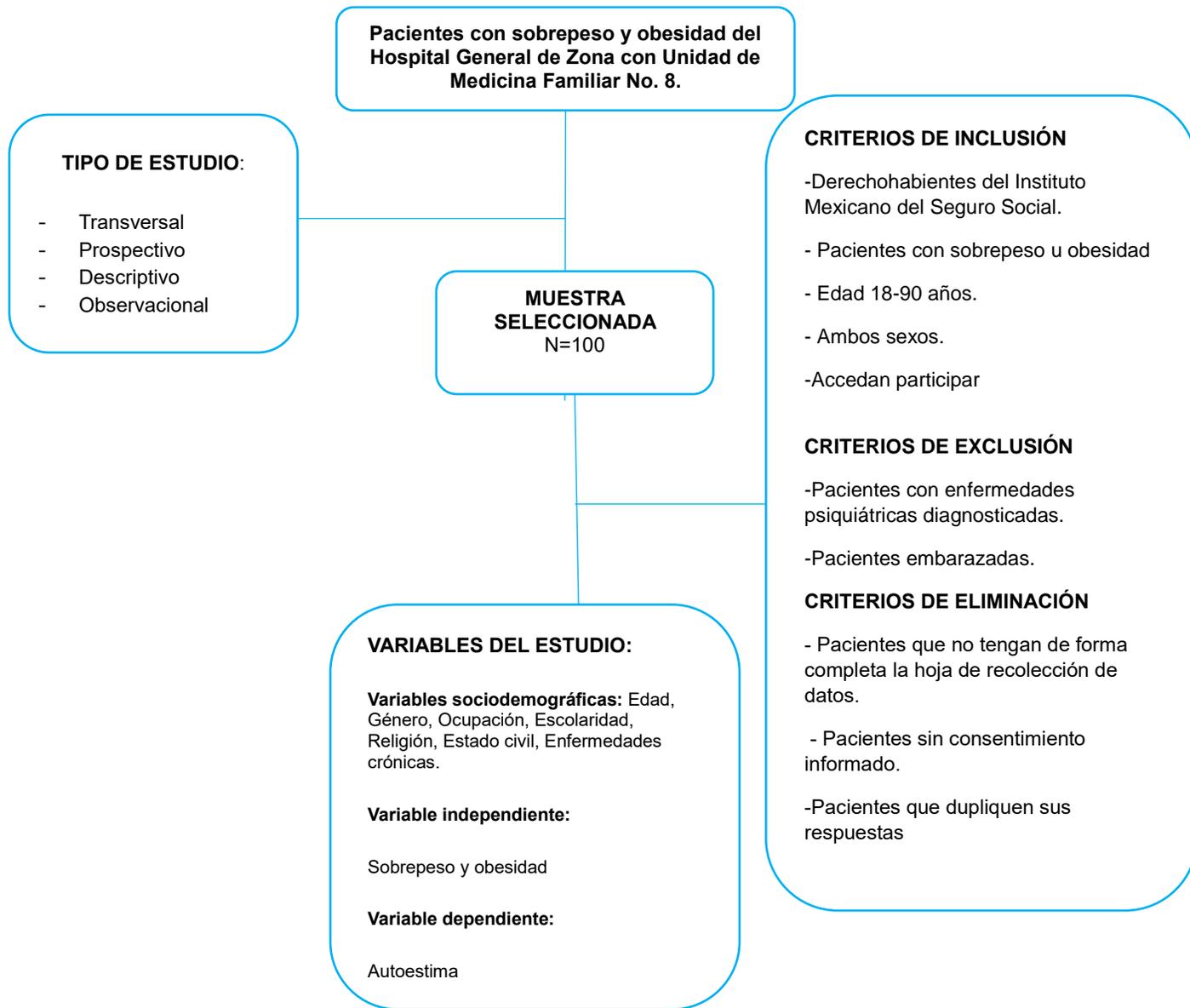
MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este es un estudio, transversal, prospectivo, descriptivo y observacional:

- a) **TRANSVERSAL:** Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- b) **PROSPECTIVO:** Según proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.
- c) **DESCRIPTIVO:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.
- d) **OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Scarlett Guadalupe Colín López

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en una población urbana en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, en el Distrito Federal, México en pacientes con sobrepeso y obesidad que se encontraron en la consulta externa del hospital.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, que se ubica en Río Magdalena No. 289. Tizapán San Ángel C.P. 01090, Distrito Federal México. En un período comprendido de 3 años, de marzo de 2019 a febrero 2022.

MUESTRA

El tamaño de la muestra necesaria para este estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria fue de 100 pacientes con un intervalo de confianza de 90% (Z), con una proporción del 0.40 con amplitud total del intervalo de confianza de 0.15.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= Proporción esperada.

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

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$
$$N = \frac{4 (1.645)^2 0.40 (1-0.40)}{0.15^2}$$
$$N = \frac{4 (2.706025) 0.40 (0.6)}{0.0225}$$
$$N = \frac{2.597784}{0.0225}$$
$$N = 100$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes al Hospital General de Zona No.8 con Unidad de Medicina Familiar
- Pacientes con sobrepeso u obesidad
- Edad entre 18-90 años
- Ambos sexos
- Accedieron a participar voluntariamente

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedades psiquiátricas diagnosticados
- Pacientes con peso normal
- Pacientes con desnutrición
- Pacientes embarazadas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no contaban con la hoja de recolección de datos requisitados de forma completa
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado
- Pacientes que duplicaron respuestas

VARIABLES DE SELECCIÓN

Variables de estudio

1. Variable dependiente:

Autoestima

2. Variable Independiente:

Sobrepeso y obesidad

Variables sociodemográficas

A. Género

B. Edad

C. Religión

D. Ocupación

E. Escolaridad

F. Estado civil

G. Enfermedades crónicas

Variables de la patología

A. Índice de masa corporal

B. Peso

C. Talla

D. Grado de obesidad

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Sobrepeso	Índice de masa corporal mayor a 25 kg/m ² .
Obesidad	Índice de masa corporal mayor a 30 kg/m ² .
Autoestima	Evaluación que hace el individuo de sí mismo y que tiende a mantenerse; expresa una actitud de aprobación o rechazo y hasta qué punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso.

Elaboró: Scarlett Guadalupe Colín López

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES UNIVERSALES:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Género	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.
Edad	Período transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual
Edad en rango	Es el intervalo entre el valor máximo y el valor mínimo concedido en los datos. Permite obtener una idea de la dispersión de los datos, cuanto mayor es el rango, más dispersos están los datos
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).
Ocupación	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Enfermedades crónicas	La presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.

Elaboró: Scarlett Guadalupe Colin López

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DE LA PATOLOGIA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Peso	Es la fuerza que genera la gravedad sobre el cuerpo humano. Ambas magnitudes son proporcionales entre sí (fuerza gravitacional y masa corporal), pero no son iguales, pues están vinculadas por el factor aceleración de la gravedad
Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. Talla en posición sentada, desde el vértice de la cabeza a la superficie donde está sentada.
Índice de masa corporal	El peso del individuo expresado en kilogramos dividido por su talla al cuadrado, expresado en metros.

Elaboró: Scarlett Guadalupe Colín López

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Género	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años
Edad en rangos	Cualitativa	Ordinal	1.18-40 años 2. 41-50 años 3. 50-60 años 4. Más de 60 años
Religión	Cualitativa	Nominal	1. Con religión 2. Sin religión

Ocupación	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado 2. Jubilado
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Básica 2. Media superior 3. Superior
Estado civil	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado
Enfermedades crónicas	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin comorbilidades 2. Diabetes mellitus tipo 2 3. Hipertensión arterial sistémica 4. Dos o más comorbilidades
Peso	Cuantitativa	Continua	Kilogramos
Talla	Cuantitativa	Continua	Metros
Índice de masa corporal	Cuantitativa	Continua	kg/m2
Grados de sobrepeso y obesidad	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Sobrepeso 2.Obesidad grado I 3. Obesidad grado II 4.Obesidad grado III
Escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Baja 2.Media baja 3.Media alta 4. Alta

Elaboró: Scarlett Guadalupe Colín López

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa Statistical Product and Service Solutions 22 (SPSS) de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) y estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra representativa fue de 115 pacientes y se calculó a través de un intervalo de confianza del 90%. Con una proporción del 0.40. Con amplitud total del intervalo de confianza de 0.15.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó para la investigación una hoja de recolección de datos, para la cual se obtuvieron los siguientes datos de los pacientes que se encontraban en consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, que tuvieran el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, los datos obtenidos fueron los siguientes: Nombre, Edad, Género, Ocupación, Religión, Escolaridad, Estado civil, Enfermedades crónicas, Peso, Talla, IMC y se realizó la Escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos. ^(Ver anexo 2)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPER SMITH VERSIÓN ADULTOS.

Escala de Autoestima de Cooper Smith para Adultos, compuesto por 25 ítems. La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante, Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas:

- a) **Si mismo general:** El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.
- b) **Social:** Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional

- c) **Familiar:** Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.⁴⁰

La administración fue llevada a cabo en forma individual y tuvo un tiempo aproximado de 20 minutos. El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4. La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

Ítems Verdaderos: 1,4,5,8,9,14,19,20.

Ítems Falsos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25.

Sub escalas:

- **Si mismo general:** (13 ítems) 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25.
- **Social:** (6 ítems) 2,5,8,14,17,21.
- **Familiar:** (6 ítems) 6,9,11,16,20,22. (Ver anexo 3)

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

- De 0 a 24 Nivel de Autoestima Baja
- 25 a 49 Nivel de Autoestima Media baja
- 50 a 74 Nivel de Autoestima Media alta
- 75 a 100 Nivel de autoestima Alta

La confiabilidad, evaluada con el coeficiente de Alfa de Cronbach mostró un valor de 0.81.⁴²

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó una búsqueda de forma aleatorizada de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad que ingresaron a consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8.

A los pacientes seleccionados se les invito de forma verbal, brindándoles información de lo que implicaba su participación en la tesis. Los aceptantes se les entrego una hoja de consentimiento informado, la cual leyeron y firmaron al estar de acuerdo con lo que se expuso en dicho documento.

Posteriormente se interrogaron las variables sociodemográficas, se tomó peso y talla, se entregó la Escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos.

MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS

SESGOS DE INFORMACIÓN:

- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, se verifico su correcta estructura y la precisión de los datos.
- Las fuentes de información fueron similares para todos los participantes
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas indexadas.

SESGOS DE MEDICIÓN:

- Se realizó el Inventario de Autoestima de Cooper Smith constituido por 25 preguntas en los pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, coeficiente alfa de Cronbach es de 0,81.

SESGOS DE SELECCIÓN:

- Se calculo el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 115 pacientes, con un intervalo de confianza de 90%.
- Se eligieron los pacientes en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

SESGOS DE ANÁLISIS:

- Se corroboró que el instrumento no tuviera errores de redacción.
- Se verificó que el paciente pudiera leer, escribir y no tuviera problemas visuales.
- Se aseguró que el paciente no fuera ayudado por terceras personas.
- Se utilizó un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador explicó al sujeto, sus dudas siendo este quien señaló sus percepciones u opiniones.
- Se registraron y analizaron los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encontraron sin concluir.
- Se tuvo suma cautela en la interpretación de los datos que se recabaron.
- Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.

- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado: S.P.S.S que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente tesis está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta la actual tesis de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en una tesis de investigación. La tesis hace referencia siempre a las consideraciones éticas que fueron del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; Fracción reformada
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; Fracción reformada
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; Fracción reformada
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento;
- IX. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite, y Fracción adicionada DOF 02-04-2014
- X. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda. Fracción adicionada.

Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta
- II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

- III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna,

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud; Fracción reformada
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Artículo 24.- Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

Artículo 27.- Cuando un enfermo psiquiátrico este internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS

Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio fue determinar la **EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8**. Los resultados del presente estudio fueron manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial, donde no existió conflicto de intereses. El presente estudio se ajustó a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Conto con un consentimiento de informado.
- No existió conflicto de intereses
- Se apegó a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.

Se apegó a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales fueron de uso exclusivo para la investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener ningún conflicto de intereses.

En el caso de la investigación científica, se considera como conflicto de interés a aquellas condiciones en las cuales el juicio profesional que concierne al interés primario de la integridad científica, tiende a estar influenciado negativamente por un interés secundario. Los investigadores están sujetos a diversas situaciones donde puede existir un conflicto de interés que haga que los resultados de sus trabajos estén o aparezcan estar subordinados a los intereses de terceros, dado el caso de nuestra investigación **EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8**, el cual fue un estudio, transversal, prospectivo, descriptivo y observacional. Si bien es imposible pensar que estos conflictos no estuvieron presentes, una respuesta ética a ellos es la transparencia; como ya se ha mencionado con anterioridad está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3- 2012) que establece

los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

El revelar estos conflictos es considerado una responsabilidad del investigador, puesto que permite que los revisores, los editores y también los potenciales lectores consideren que la postura del investigador. Como también se considera un imperativo ético el que el participante de una investigación esté en conocimiento que el investigador recibe honorarios de parte del patrocinador. La omisión de estos potenciales conflictos termina por ser revelados determina que la fe pública en la ciencia también se vea comprometida.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Director de tesis: Doctor. Gilberto Espinoza Anrubio.
- Asesor metodológico: Doctor. Eduardo Vilchis Chaparro.
- Asesor clínico: Doctora. Angélica Maravillas Estrada.
- Investigador. Doctora. Scarlett Guadalupe Colín López.
- Aplicador de encuestas. Doctora. Scarlett Guadalupe Colín López.
- Recolector de datos: Doctora. Scarlett Guadalupe Colín López.

Físicos:

- Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Doctor Gilberto Flores Izquierdo, en el área de consulta externa,

Materiales:

- Cuestionario: Inventario de autoestima de Cooper Smith versión adultos.
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generaron en este estudio se llevaron a cabo con recursos propios del investigador.

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	8000
	Impresora	1	1500
	Tinta para impresora	1	1000
	Hojas blancas	800	750
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
		Diccionario	1
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		21130

RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional, realizado en pacientes adultos. Se incluyeron pacientes del servicio de urgencias, consulta externa y piso de medicina interna, del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, con el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, de 18 a 90 años, con cualquier género; la muestra realizada fue de 100 pacientes tipo aleatoria, con intervalo de confianza del 90% a los cuales se les realizó el cuestionario Inventario de autoestima de Cooper Smith versión adultos.

La media de edad fue de 46.63 (± 17.73) años, con una mediana de 46 años y moda de 28 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 17.73 años, varianza de 314.43 años, un rango de edad de 63 años, un valor mínimo de 19 años y un valor máximo de 82 años.

En relación al peso; la media de peso fue de 81.17 (± 14.86) kilos, con una mediana de 78.5 kilos y moda de 72 kilos. Además, cuenta con una desviación estándar de 14.86 kilos, varianza de 220.88 kilos, un rango de peso de 101 kilos, un valor mínimo de 53 kilos y un valor máximo de 154 kilos.

Con respecto a la talla; la media fue de 1.60 (± 0.08) metros, con una mediana de 1.60 metros y moda de 1.60 metros, la desviación estándar de 0.08 metros, varianza de 0.007 metros, un rango de talla de 0.40 metros, valor mínimo de 1.40 metros y máximo de 1.80 metros.

En el rango de índice de masa muscular; la media fue de 31.50 (± 4.83) kg/m², con una mediana de 30.83 kg/m² y moda de 32.72 kg/m², la desviación estándar de 4.83 kg/m², varianza de 23.39 kg/m², un rango de índice de masa corporal de 27.67 kg/m², valor mínimo de 25 kg/m² y máximo de 52.67 kg/m².

En el apartado de calificación de la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, una media de 60.68 (± 21.58) puntos, mediana de 67 puntos, moda de 72 puntos, desviación estándar de 21.58 puntos, varianza de 465.75 puntos, un rango mínimo de 18 y un máximo de 100 puntos.

En la categoría de género en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, se encontró 64 (64%) femenino y 36 (36%) masculino ^{[Ver tabla y gráfica 1].}

Con respecto a la sección de rango de edad en pacientes con el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, observamos 42 (42%) con rango de edad de 18-40 años, 20 (20%) 41 a 50 años, 15 (15%) 51 a 60 años y 23 (23 %) mayor de 61 años. ^{[Ver tabla y gráfica 2].}

Para el rubro de escolaridad en pacientes con el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, se apreció, 49 (49%) nivel básico, 32 (32%) medio superior y 19 (19%) superior. ^{[Ver tabla y gráfica 3].}

En el apartado de ocupación se observó 51 (51%) como empleados y 49 (49%) como pensionados. ^{[Ver tabla y gráfica 4].}

Por lo que respecta al estado civil se analizó que: 58 (58%) son solteros y 42 (42%) son casados. ^{[Ver tabla y gráfica 5].}

El segmento de religión se encontró que el 91 (91%) tienen una religión mientras que el resto 9 (9%) se consideran sin religión. [Ver tabla y gráfica 6].

En la sección de enfermedades crónicas se identificó que 49 (49%) no presentan otra comorbilidad, 18 (18%) tiene Diabetes Mellitus tipo 2, 20 (20%) tiene Hipertensión Arterial y el 13 (13%) tienen más de 2 enfermedades añadidas al sobrepeso u obesidad. [Ver tabla y gráfica 7].

En el apartado de estado nutricional se midió que el 41 (41%) de los entrevistados presentan sobrepeso, 44 (44%) obesidad grado I, 7 (7%) obesidad grado II y por último el 8 (8%) obesidad grado III. [Ver tabla y gráfica 8].

En el bloque de grado de autoestima de acuerdo con la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos, en pacientes con diagnóstico sobrepeso u obesidad en el HGZ/UMF No. 8, hallamos 8 (8%) con autoestima bajo, 22 (22%) medio bajo, 32 (32%) medio alto y 38 (38%) autoestima alto. [Ver tabla y gráfica 9].

En la categoría género y grado de autoestima con la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, se visualizó que el género femenino 6 (75%) con autoestima bajo, 13 (59.1%) medio bajo, 22 (68.8%) medio alto y 23 (60.5%) alto, mientras que el género masculino 2 (25%) con autoestima bajo, 9 (40.9%) medio bajo, 10 (31.3%) medio alto y 15 (39.5%) alto. [Ver tabla y gráfica 10]

En el apartado rango edad y grado de autoestima con la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, se observó: rango de edad 18-40 años: 4 (50%) con autoestima bajo, 5 (22.7%) medio bajo, 17 (53.1%) medio alto y 1 (42.1%) autoestima alto; entre 41-50 años: 5 (22.7%) medio bajo, 6 (18.8%) medio alto y 9 (23.7%) autoestima alto; 51-60 años el 2 (25%) presentó un autoestima alto, 5 (22.7%) medio bajo, 5 (15.6%) medio alto y 3 (7.9%) autoestima alto por último en el rango de más de 61 años el 2 (25%) tuvo un autoestima bajo, 7 (31.8%) medio bajo, 4 (12.5%) medio alto y 10 (26.3) alto. [Ver tabla y gráfica 11]

Respecto a la escolaridad y grado de autoestima con la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: nivel básico: 5 (62.5%) con autoestima bajo, 13 (59.1%) medio bajo, 17 (53.1%) medio alto y 14 (36.8%) alto. Medio superior con 1 (12.5%) autoestima bajo, 6 (27.3%) medio bajo, 9 (28.1%) y 16 (42.1%) alto. Superior con 2 (25%) autoestima bajo, 3 (13.6%) medio bajo, 6 (18.8%) y 8 (21.1%) alto. [Ver tabla y gráfica 12]

En la valoración de la ocupación y grado de autoestima con la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, se observó lo siguiente: empleado 3 (37.5%) con autoestima bajo, 5 (27.3%) medio bajo, 22 (68.8%) medio alto y 20 (52.6%) con autoestima alto. Pensionado 5 (62.5%) con autoestima bajo, 16 (72.7%) medio bajo, 10 (31.1%) medio alto y 18 (47.4%) con autoestima alto. [Ver tabla y gráfica 13].

En el módulo estado civil y grado de autoestima con la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, se encontró lo siguiente: soltero 5 (50%) con autoestima bajo, 12 (54.5%) medio bajo, 17 (53.1%) medio alto y 25 (65.8%) con autoestima alto. Casado 4 (50%) con autoestima bajo, 10 (45.5%) medio bajo, 15 (46.9%) medio alto y 13 (34.2%) con autoestima alto. [Ver tabla y gráfica 14].

En relación a la religión y el grado de autoestima con la escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, conocimos lo siguiente: con religión 6 (75%) con autoestima bajo, 19 (86.4%) medio bajo, 30 (93.8%) medio alto y 36 (94.7%) con autoestima alto. Sin religión 2 (25%) con autoestima bajo, 3 (13.6%) medio bajo, 2 (6.3%) medio alto y 2 (5.3%) con autoestima alto. [Ver tabla y gráfica 15].

En la categoría de enfermedades crónicas y el grado de autoestima con la escala de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, se observó lo siguiente: sin comorbilidades asociadas el 3 (37.5%) con autoestima bajo, 7 (31.8%) medio bajo, 19 (59.4%) medio alto y 20 (52.6%) con autoestima alto. Con Diabetes Mellitus tipo 2, con 8 (36.4%) medio bajo, 6 (18.8%) medio alto y 4 (10.5%) con autoestima alto. Hipertensión arterial 2 (25%) bajo, 5 (22.7%) medio bajo, 7 (21.9%) medio alto y 6 (15.8%) autoestima alto. Los encuestados que presentaban más de dos enfermedades aparte de sobrepeso u obesidad se encontraron que 3 (37.5%) tuvieron una autoestima bajo, 2 (9.1%) medio bajo y 8 (21.1%) autoestima alto. [Ver tabla y grafica 16].

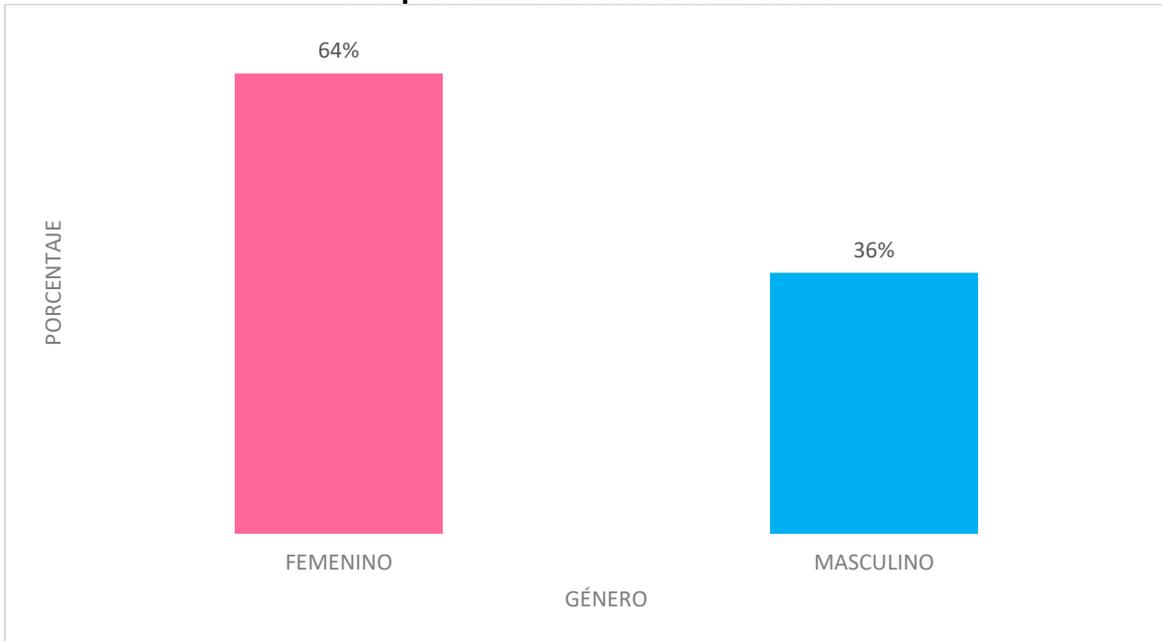
Por último, el apartado del estado nutricional y el grado de autoestima con la escala de Cooper Smith versión adultos en pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso en el HGZ/UMF No. 8, se encontró lo siguiente: con sobrepeso el 2 (25%) con autoestima bajo, 11 (50%) medio bajo, 13 (40.6%) medio alto y 15 (39.5%) con autoestima alto. Con obesidad grado I, con 5 (62.5%) bajo, 7 (31.8%) medio bajo, 13 (40.6%) medio alto y 19 (50%) con autoestima alto. Obesidad grado II, 4 (18.2%) medio bajo, 2 (6.3%) medio alto y 1 (2.6%) autoestima alto. Obesidad grado III, 1 (12.5%) tuvieron una autoestima bajo, 4 (12.5%) medio alto y 3 (7.9%) autoestima alto. ^{[Ver tabla y grafica 17].}

Tabla 1. Género de pacientes con obesidad y sobrepeso con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	36	36
Femenino	64	64
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 1. Género en pacientes con obesidad y sobrepeso con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

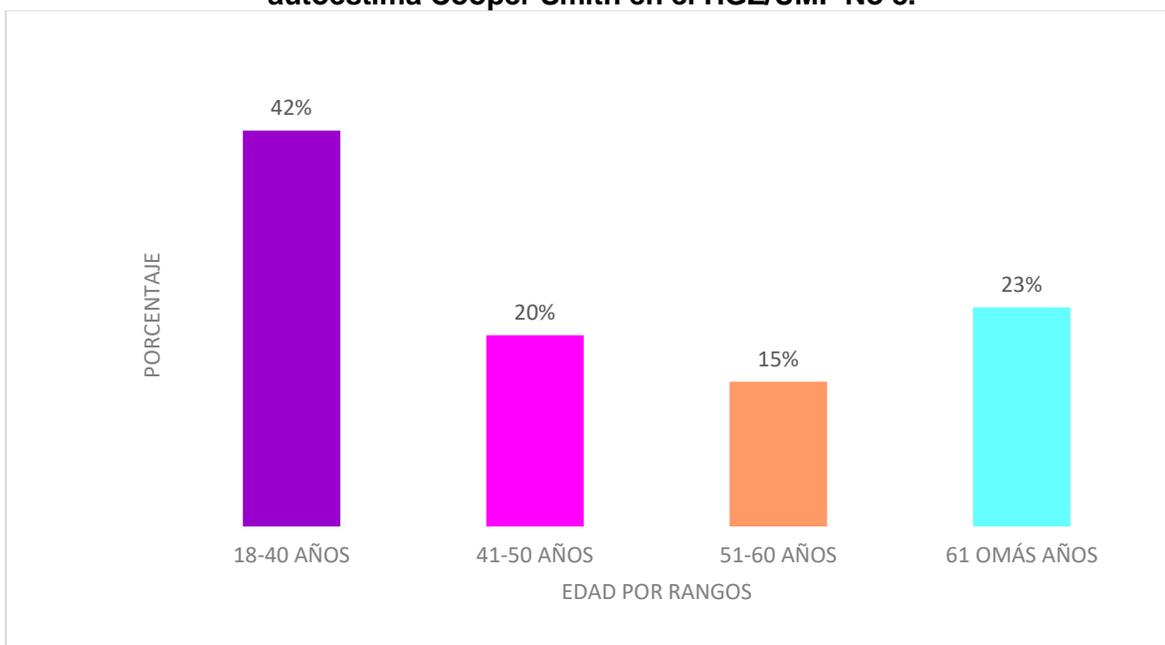


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 2. Rango de edad en pacientes con obesidad y sobrepeso con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.		
Edad en Rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-40 años	42	42
41-50 años	20	20
51-60 años	15	15
Mayor de 61 años	23	23
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 2. Rango de edad en pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

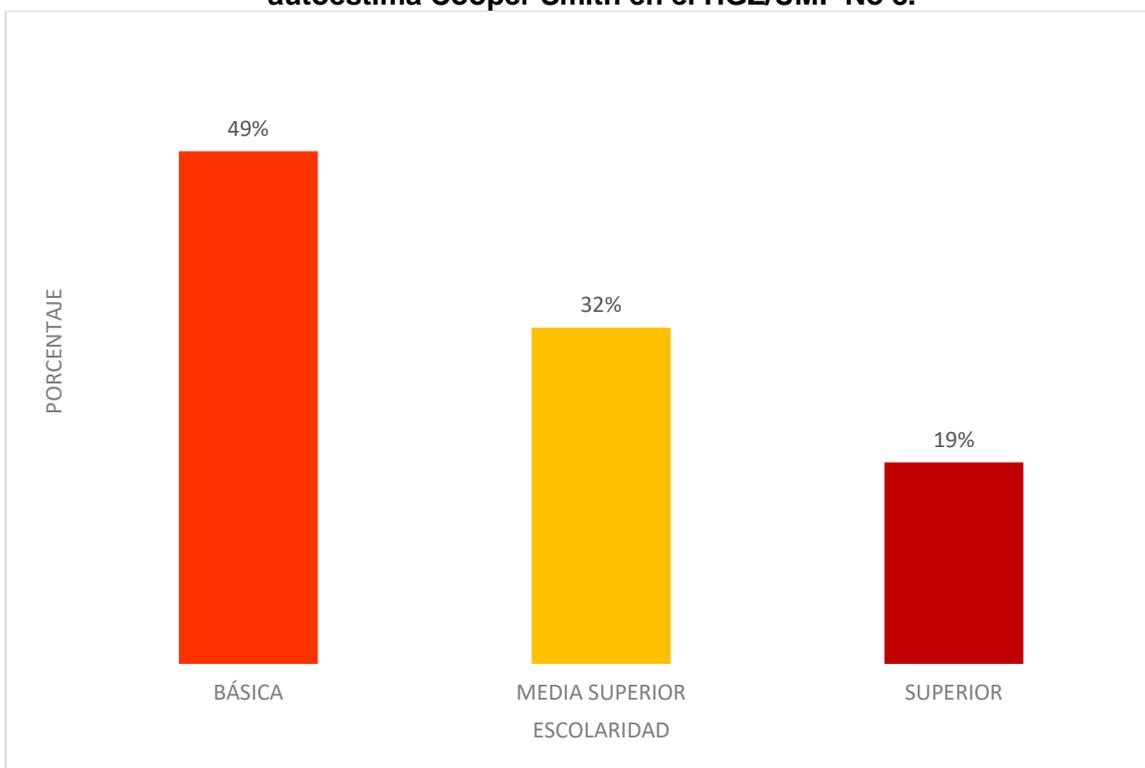


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 3. Escolaridad en pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Básica	49	49
Media superior	32	32
Superior	19	19
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 3. Escolaridad en pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

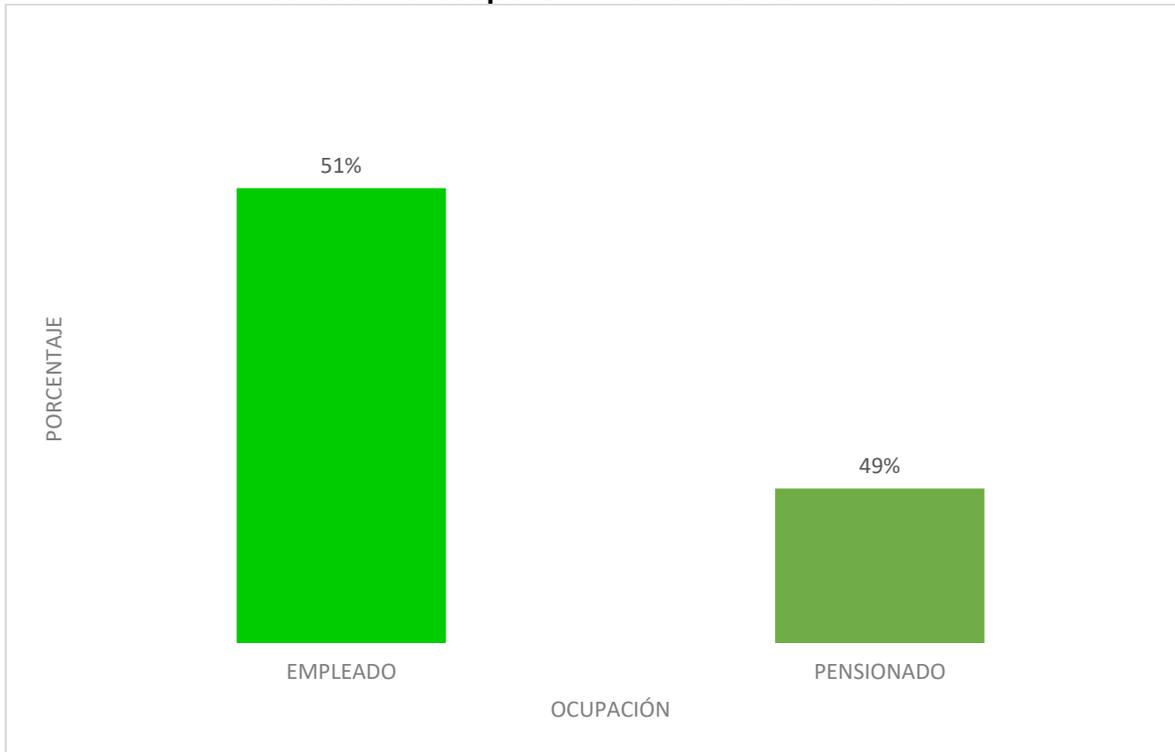


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 4. Ocupación de pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	51	51
Pensionado	49	49
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 4. Ocupación en pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

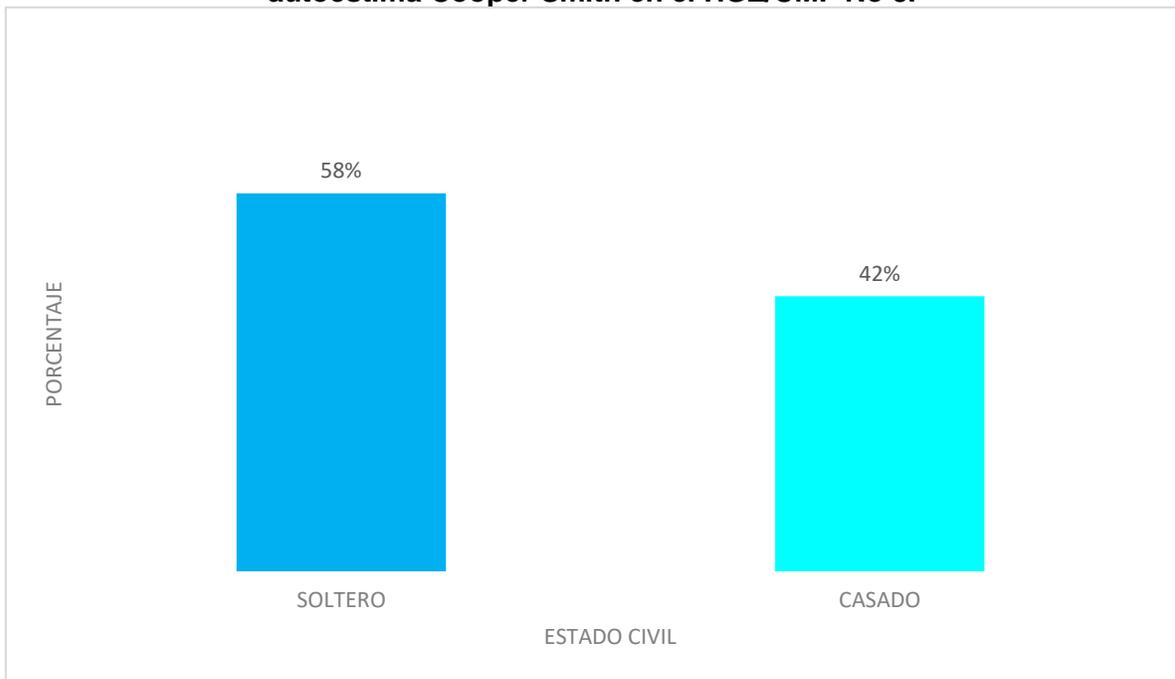


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 5. Estado civil de pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	58	58
Casado	42	42
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 5. Estado civil de pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

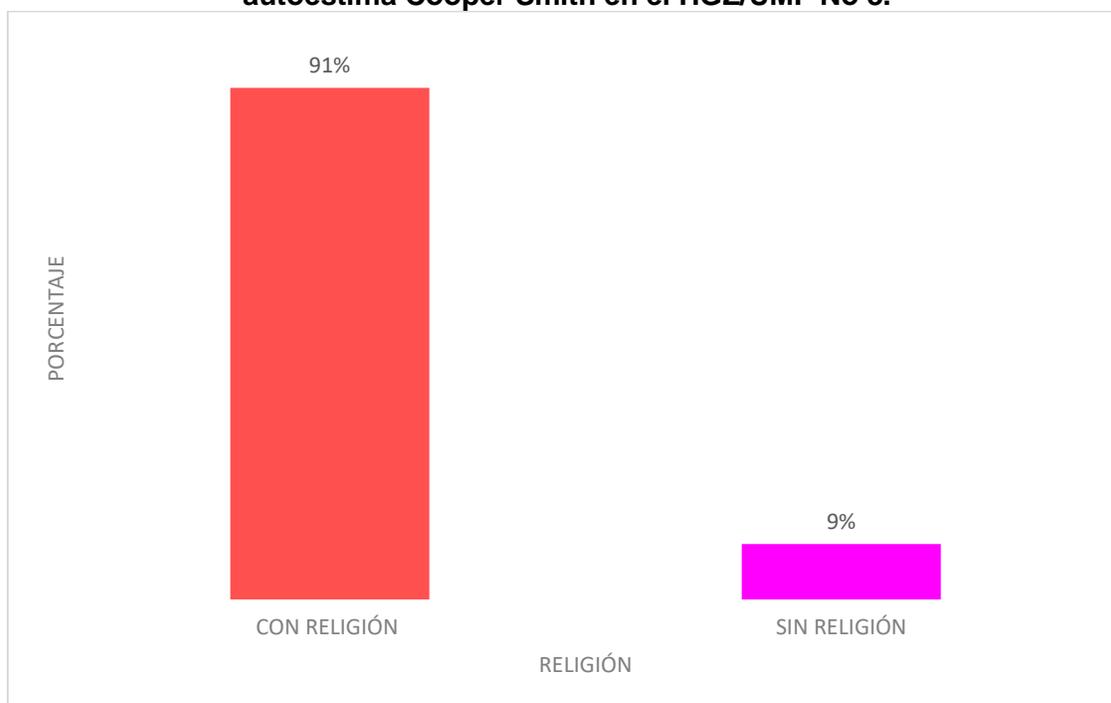


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 6. Religión de pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con religión	91	91
Sin religión	9	9
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 6. Religión de pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

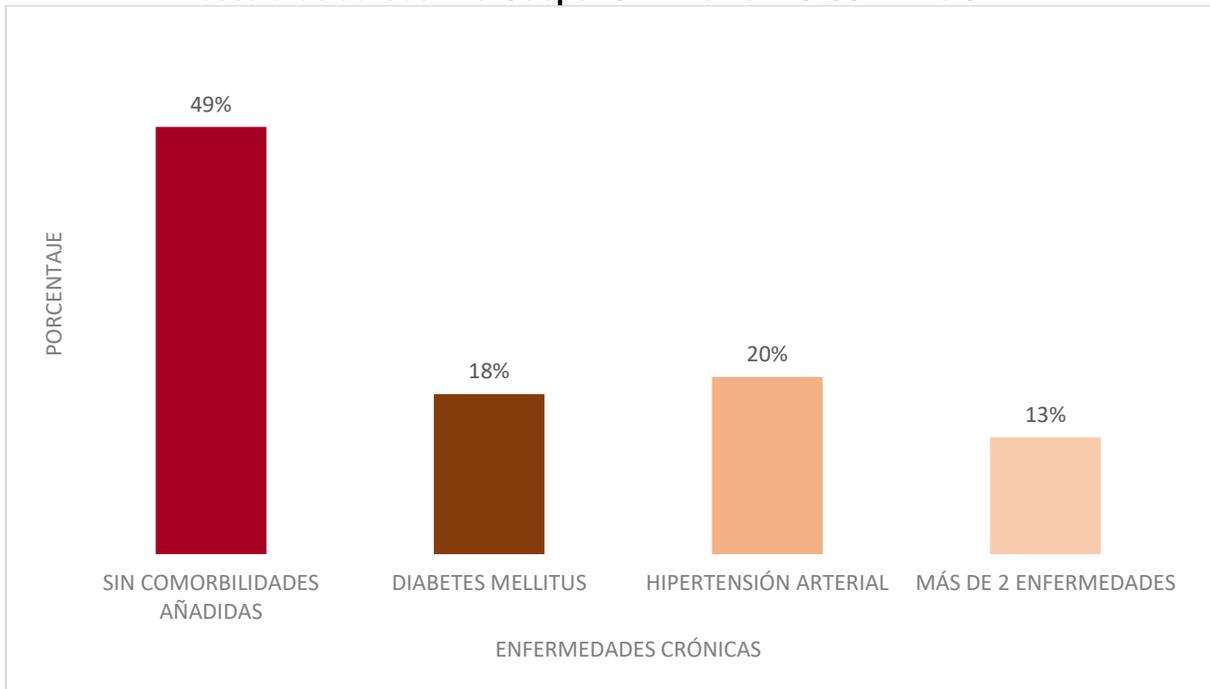


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 7. Enfermedades crónicas con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.		
Enfermedades crónicas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin comorbilidades asociadas	49	49
Diabetes tipo 2	18	18
Hipertensión arterial	20	20
Dos o más enfermedades	13	13
Total	100	100.0

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 7. Enfermedades crónicas de pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.



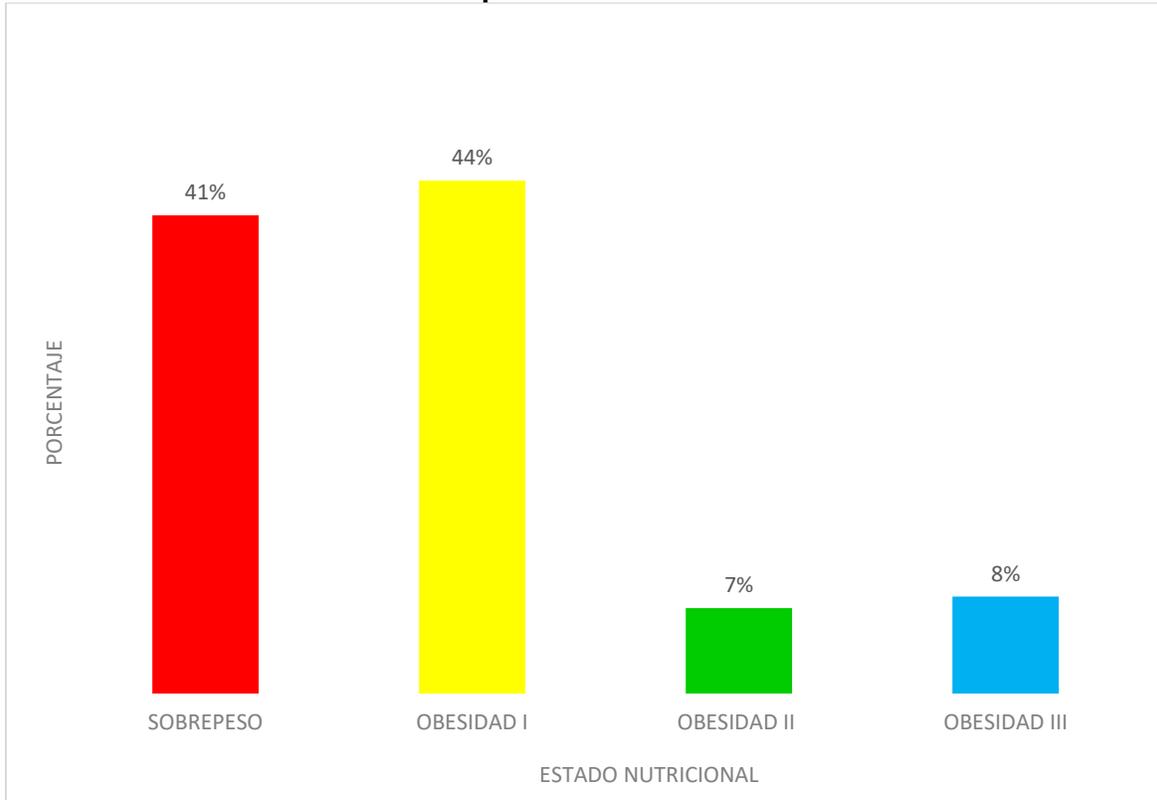
Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 8. Estado nutricional en pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sobrepeso	41	41
Obesidad I	44	44
Obesidad II	7	7
Obesidad III	8	8
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 8. Estado nutricional en pacientes con sobrepeso y obesidad con escala de autoestima Cooper Smith en el HGZ/UMF No 8.

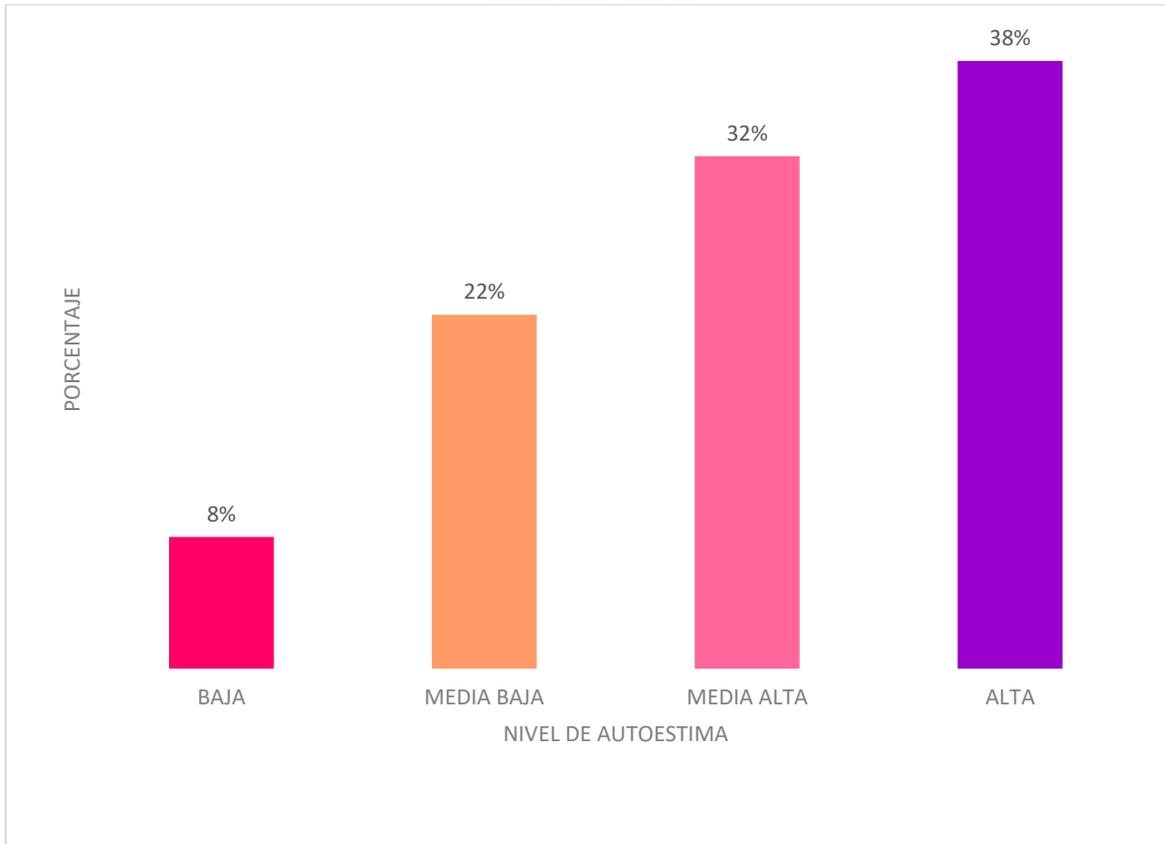


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 9. Nivel de autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.		
Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja	8	8
Media baja	22	22
Media alta	32	32
Alta	38	38
Total	100	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 9. Nivel de autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.

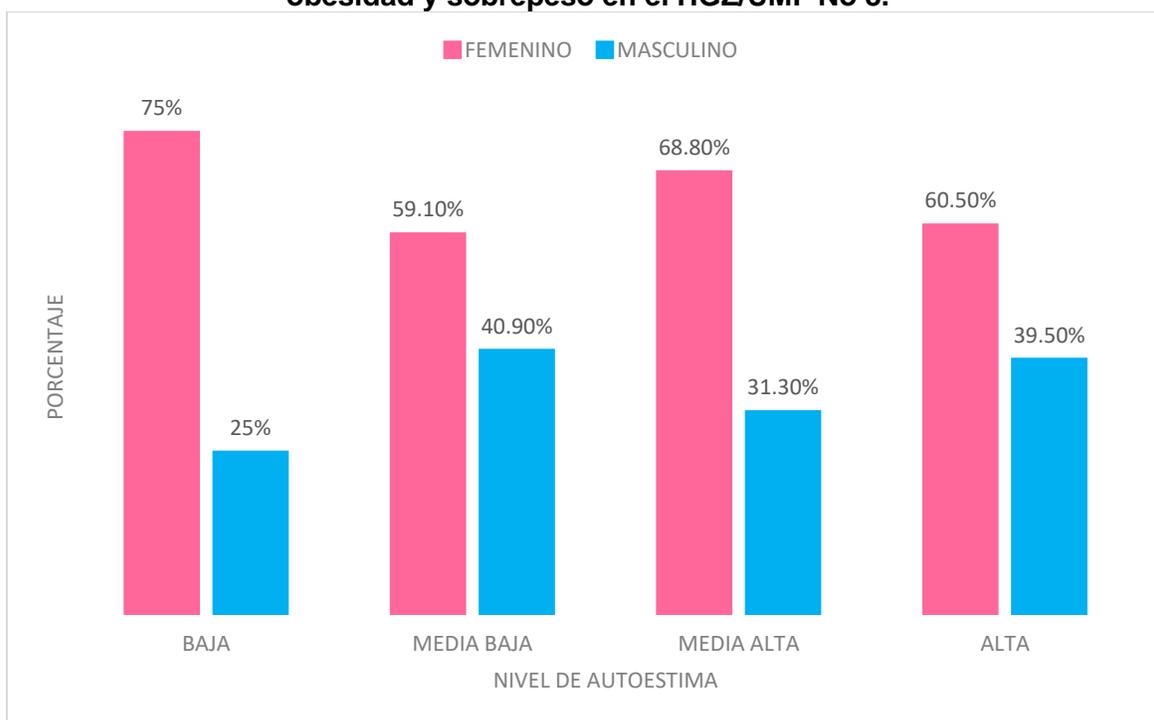


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 10. Género y nivel de autoestima con escala Cooper Smith de pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.								
Género	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Femenino	6	75	13	59.1	22	68.8	23	60.5
Masculino	2	25	9	40.9	10	31.3	15	39.5
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 10. Género y nivel de autoestima con escala Cooper Smith de pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.

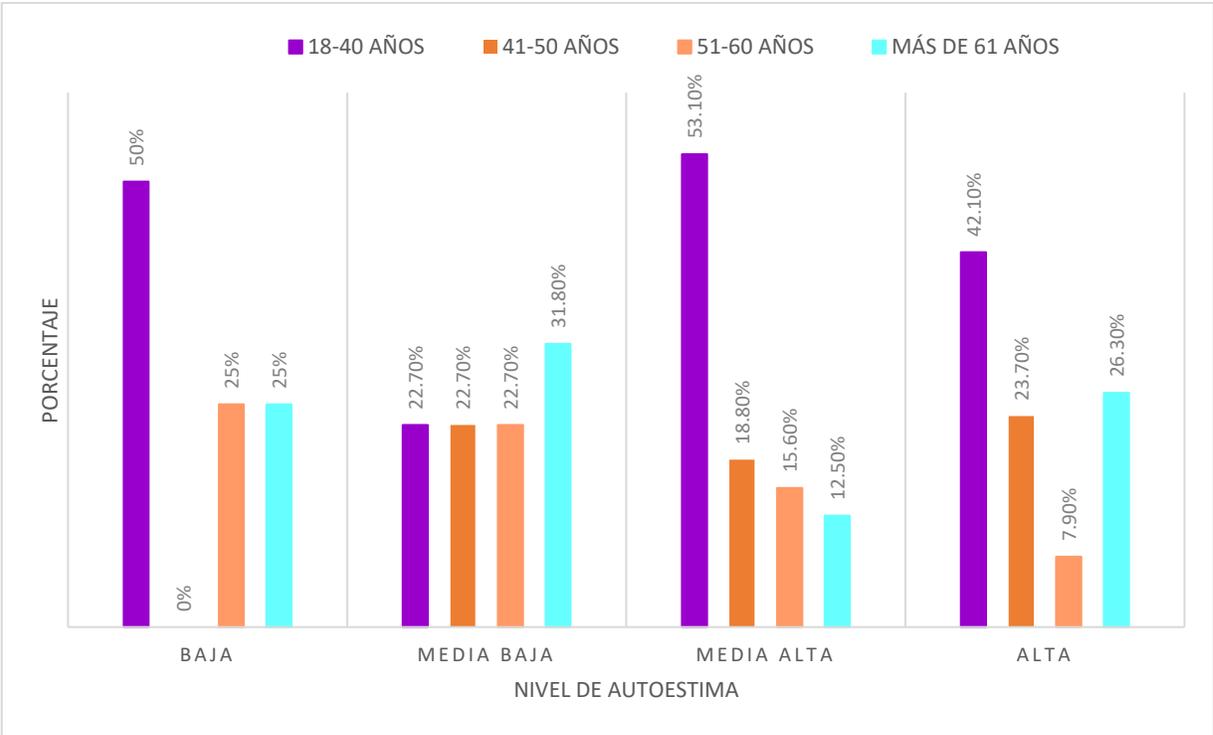


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 11. Edad en rangos y nivel de autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.								
Edad en rangos	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
18-40 años	4	50	5	22.7	17	53.1	16	42.1
41-50 años	0	0	5	22.7	6	18.8	9	23.7
51-60 años	2	25	5	22.7	5	15.6	3	7.9
Más de 61 años	2	25	7	31.8	4	12.5	10	26.3
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 11. Edad en rangos y nivel de autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.



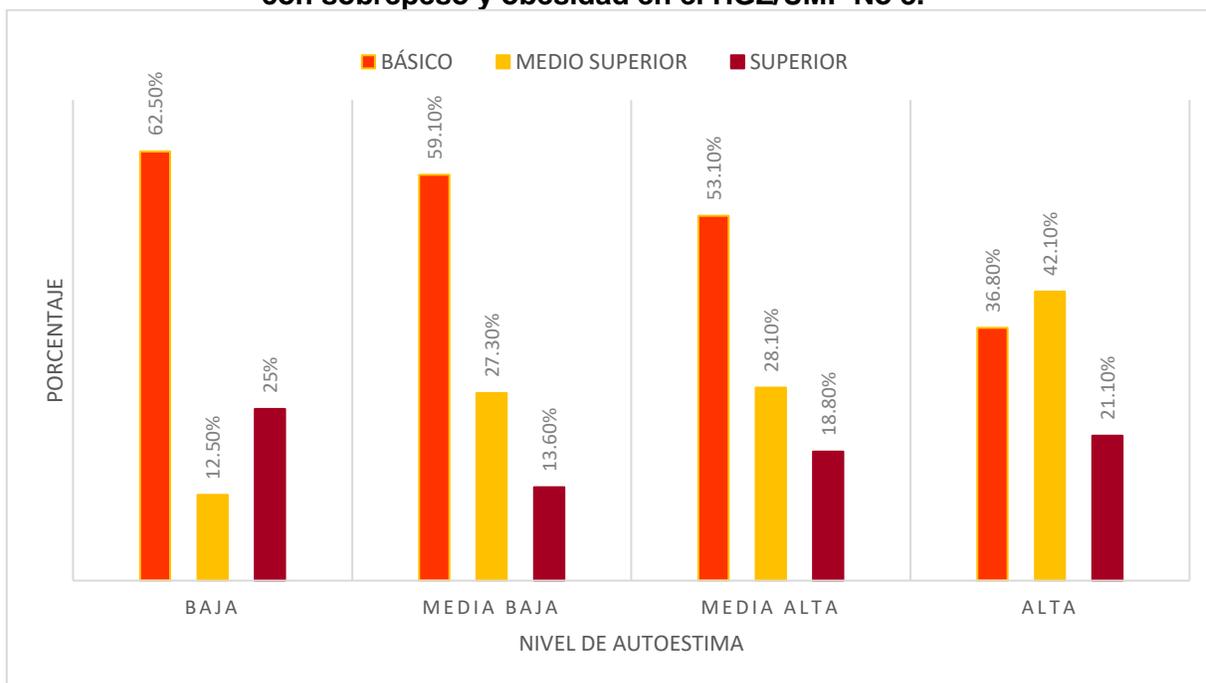
Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 12. Escolaridad y nivel de autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.

Escolaridad	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
<i>Básico</i>	5	62.5	13	59.1	17	53.1	14	36.8
<i>Media superior</i>	1	12.5	6	27.3	9	28.1	16	42.1
<i>Superior</i>	2	25	3	13.6	6	18.8	8	21.1
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Grafica 12. Escolaridad y nivel de autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.



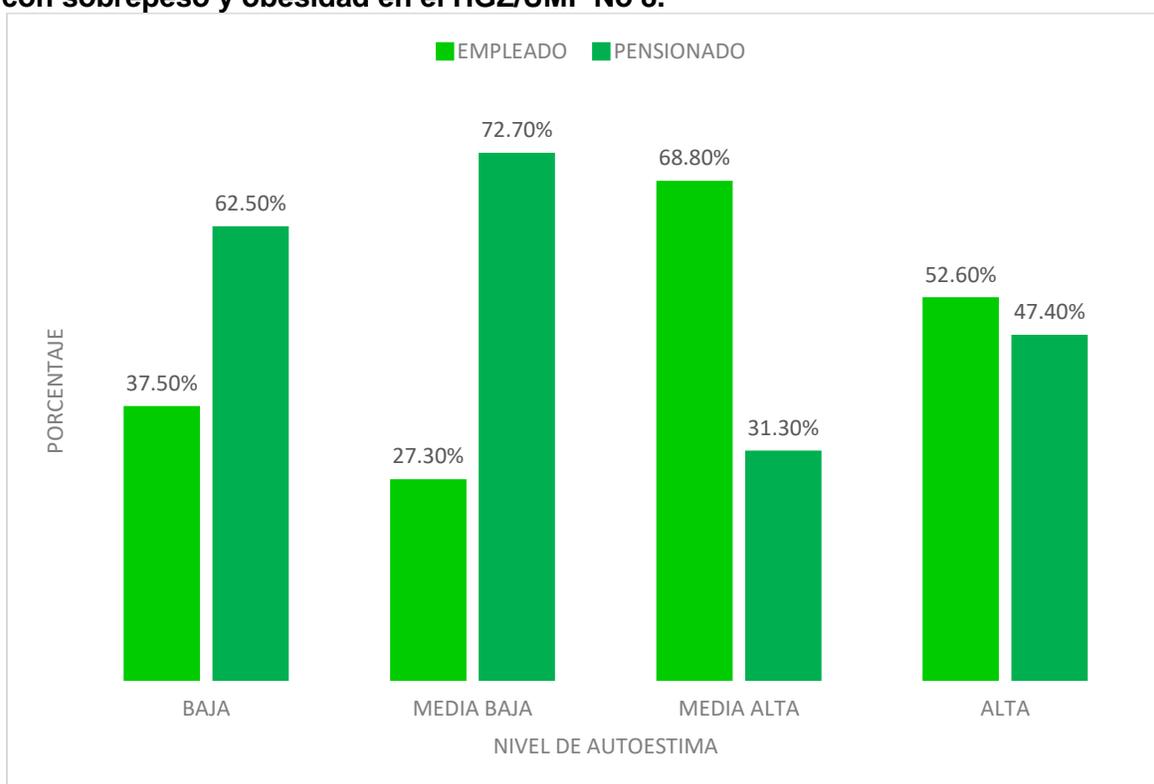
Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 13. Ocupación y nivel de autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.

Ocupación	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Empleado	3	37.5	5	27.3	22	68.8	20	52.6
Pensionado	5	62.5	16	72.7	10	31.1	18	47.4
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 13. Ocupación y nivel de autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.

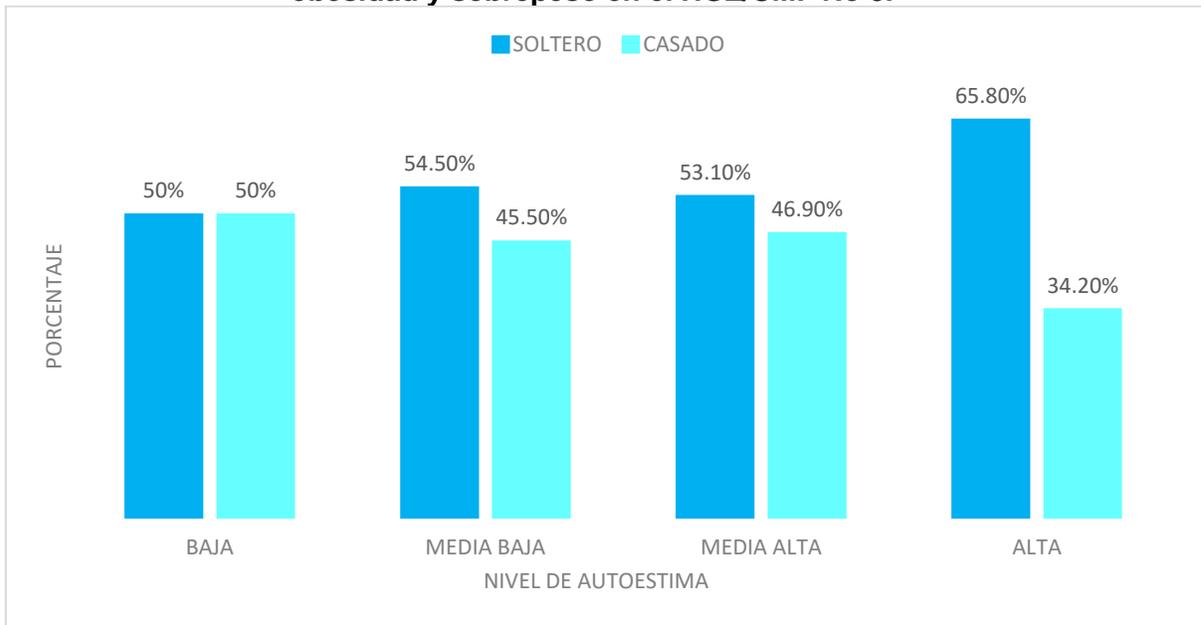


Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 14. Estado civil y autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.								
Estado Civil	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Soltero	4	50	12	54.5	17	53.1	25	65.8
Casado	4	50	10	45.5	15	46.9	13	34.2
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 14. Estado civil y autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.



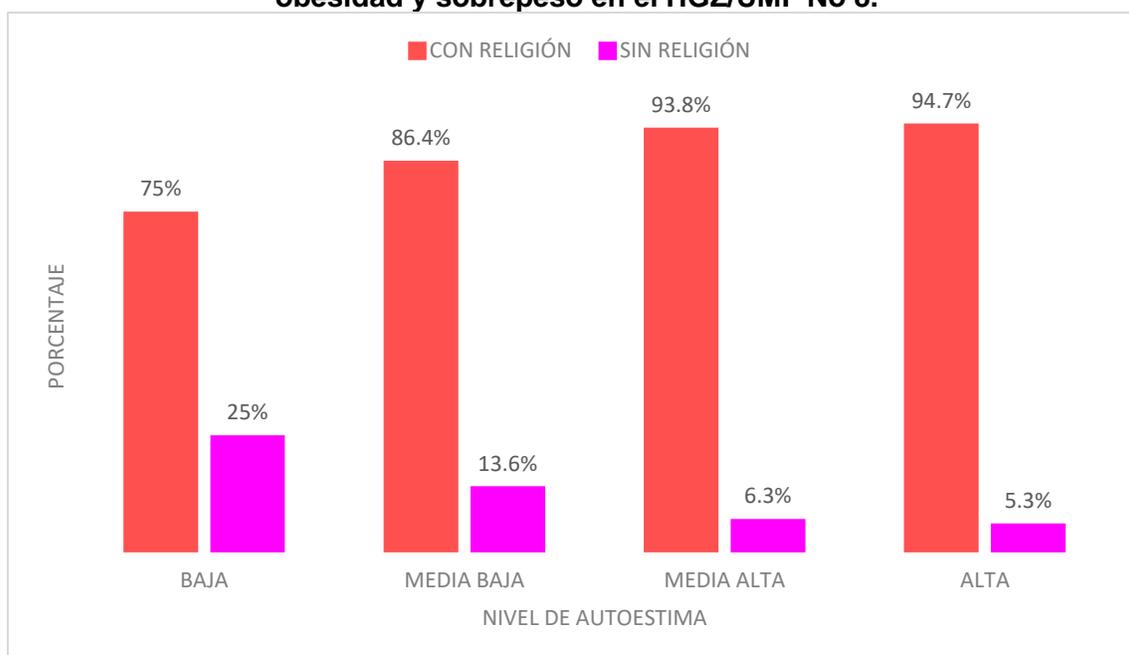
Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 15. Religión y autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.

Religión	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Con religión	6	75	19	86.4	30	93.8	36	94.7
Sin religión	2	25	3	13.6	2	6.3	2	5.3
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 15. Religión y autoestima con escala Cooper Smith en pacientes con obesidad y sobrepeso en el HGZ/UMF No 8.



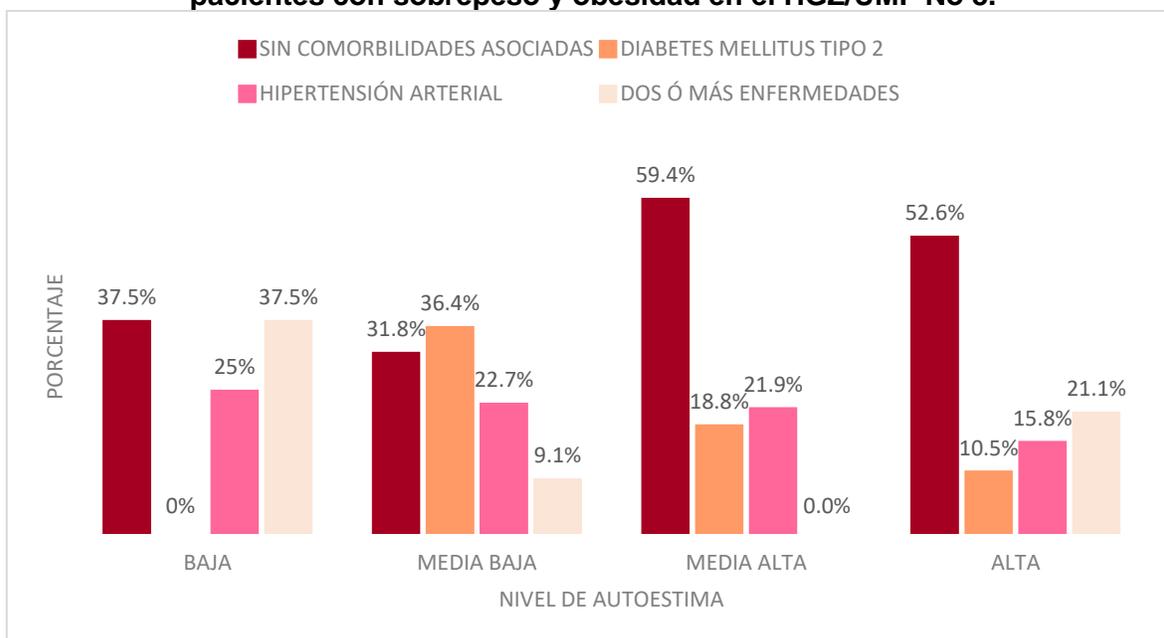
Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 16. Enfermedades crónicas y autoestima con escala Cooper Smith de pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.

Enfermedades crónicas	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin comorbilidades asociadas	3	37.5	7	31.8	19	59.4	20	52.6
Diabetes mellitus tipo 2	0	0	8	36.4	6	18.8	4	10.5
Hipertensión arterial	2	25	5	22.7	7	21.9	6	15.8
Dos o más enfermedades	3	37.5	2	9.1	0	0	8	21.1
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 16. Enfermedades crónicas y autoestima con escala Cooper Smith de pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.



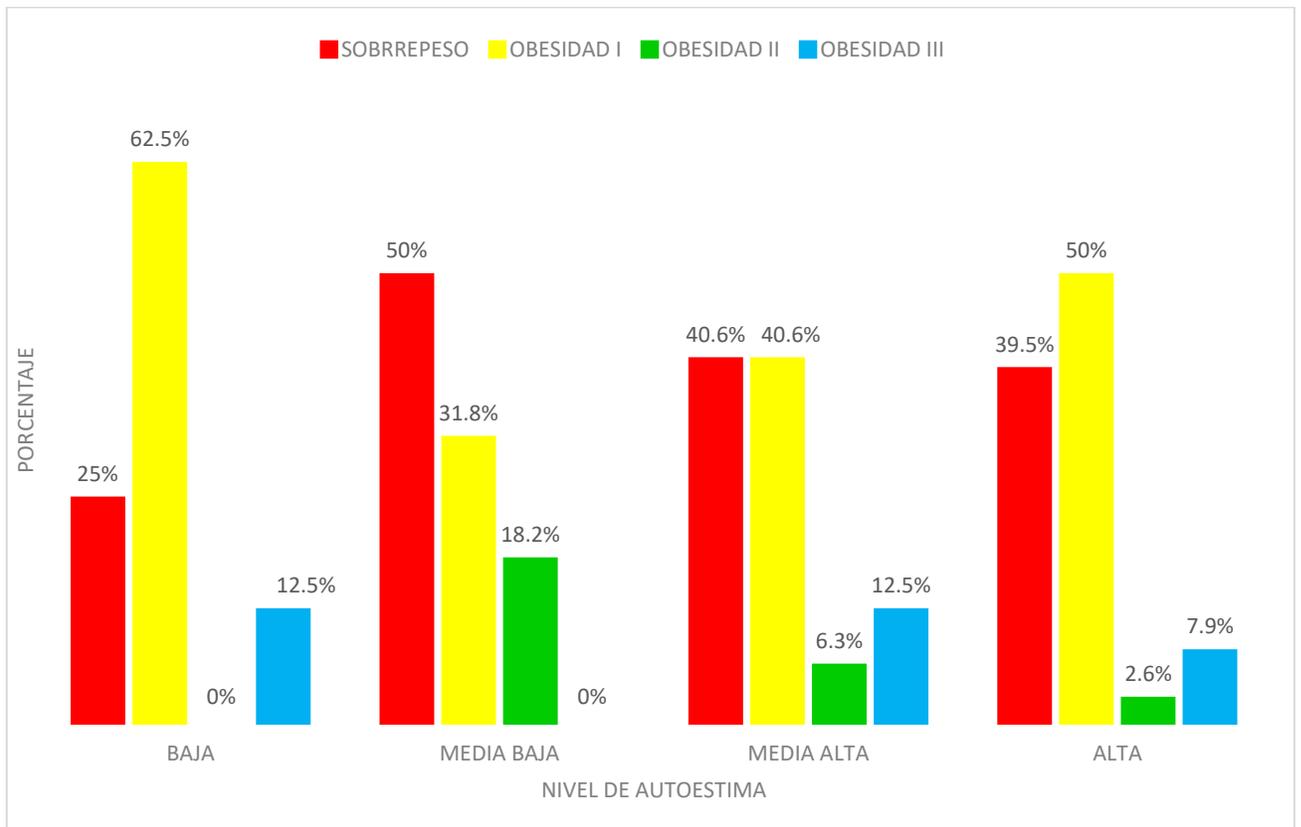
Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 17. Estado nutricional y autoestima con escala Cooper Smith de pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.

Estado nutricional	Nivel de autoestima							
	Baja		Media baja		Media alta		Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sobrepeso	2	25	11	50	13	40.6	15	39.5
Obesidad I	5	62.5	7	31.8	13	40.6	19	50
Obesidad II	0	0	4	18.2	2	6.3	1	2.6
Obesidad III	1	12.5	0	0	4	12.5	3	7.9
Total	8	100	22	100	32	100	38	100

Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 17. Estado nutricional y autoestima con escala Cooper Smith de pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF No 8.



Fuente: n=100 Colín-L SG, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

DISCUSIÓN

El estudio realizado por Rufino et al en Perú, “Nivel de Autoestima en el Adulto Mayor del Centro de Desarrollo Integral de las Familias Distrito de Castilla Piura” en el 2018, se percataron que el 20% de sus entrevistados presentaban una autoestima media baja hallazgo muy similar al de nuestra investigación con un 22%; aun siendo de distintos países, esto se puede relacionar debido a que los participantes de Rufino eran pacientes que se encontraban dentro de un asilo pudiendo asemejarse al ambiente de un hospital; lo que condicionaría a una baja de ánimo, así como también al ser un país de Latinoamérica compartimos ciertas características culturales, sociales y ambientales.

En la investigación, “Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Cooper Smith para Adultos, en Población Mexicana”, de Lara-Cantú et al en el 2013 realizado en la Ciudad de México, demostraron que el grupo de 26 a 35 años fue el que presentó la más alta autoestima; algo similar observamos puesto que nuestro grupo más joven de 18 a 40 años presento el mayor rango de autoestima esto es parecido; en primer lugar por las características demográficas de la población ya que se realizó en la misma ciudad, además que las personas jóvenes poseen mayores atributos como salud, belleza o un empleo que influenciarían en presentar un mejor puntaje en la escala de Cooper Smith.

Según el estudio “Religiosidad y Actitud Hacia sí Mismo” de Ortiz et al, en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Campus Universitario de Melilla, España en 2005; encontraron un número importante de participantes donde la religión se visualizó como un factor que mejora la autoestima, al igual que nuestra investigación donde el 94.7% de las personas con alta autoestima tenían una creencia religiosa; esto hace referencia a que al tener una devoción aumenta el autoestima colectiva haciendo que la persona se sienta parte de una comunidad que lo apoya y comparten características similares; así como también, la creencia en un DIOS proporciona al individuo ayuda para distanciarse de autovaloraciones negativas, de ansiedad, depresión, del rigor perfeccionista y excesivo, para superar los fallos y errores personales en ámbitos personales.

En una investigación realizada en Tijuana y Rosarito, México, llamada “Relaciones entre autoestima y género” de Fernández et al, 2001; demostraron que en el rango de baja autoestima el género que más lo presenta son las mujeres; en nuestra tesis observamos que el 75% de los participantes con menor puntaje de la escala de Cooper Smith son del género femenino. Esta situación se puede explicar ya que algunas tienden a subestimar sus capacidades y habilidades en general; es resultado, aparentemente, de factores que van desde disposiciones biológicas a la manera en que se socializa a los niños: se espera que las niñas sean modestas y tranquilas, y que los niños asuman riesgos, sean fuertes y controlen sus emociones. A esto se suma el papel clave que juegan instituciones, mercados y experiencias de vida a la hora de favorecer o restringir la capacidad de las mujeres para controlar sus vidas, tanto dentro como fuera del hogar. Así que la brecha de autoestima puede ser más una cuestión socio-económica y cultural que una cuestión propia de las mujeres.

En la investigación realizada por Ancer llamada “Relación entre los Niveles de Autoestima y Estrés en Estudiantes Universitarios” en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México en el 2011 realizado en estudiantes de una institución de educación superior del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, se encontró que los sujetos con un empleo presentan niveles elevados de autoestima; al igual que en nuestro proyecto, se evidenció que más de la mitad de los trabajadores tienen un autoestima elevado, debido a que al tener una actividad laboral el paciente cuenta con solvencia económica, para satisfacer las necesidades básicas de una familia haciendo que el sujeto se considere autosuficiente; lo cual ayuda a mejorar el autoestima.

La presente investigación logro un impacto positivo en la prevención de sobrepeso y obesidad, ya que la frecuencia con la que se presentan cada vez es mayor, por lo que conocer acerca de las interacciones de esta entidad con alteraciones psicológicas, psiquiátricas y la autoestima, nos ayudó a mejorar el conocimiento del personal de salud para lograr una atención multidisciplinaria teniendo repercusiones positivas en el manejo de estas patologías y así incidir satisfactoriamente en la prevención, control, identificación temprana de factores de riesgo, diagnóstico oportuno, tratamiento correcto y disminución de complicaciones asociadas.

Entre los alcances que se obtuvo en la investigación fue el desarrollo de conocimiento sobre el sobrepeso y obesidad y el nivel de autoestima; observando que esta última variable, es un fenómeno que depende de diversas y versátiles características del individuo; no solamente del índice de masa corporal puesto que está determinado por el auto concepto, auto conocimiento y auto respeto; así como también se ve influenciado por nuestras relaciones interpersonales en la escuela, trabajo, familia y amigos. Es necesario como trabajadores de salud en atención primaria enfocarnos en aspectos relativos a un enfoque psicológico de los pacientes para fomentar y estimular el buen desarrollo de la autoestima desde la etapa infantil, para así disminuir el riesgo de enfermedades psicológicas y psiquiátricas las cuales van al alza.

En las limitaciones de nuestro estudio se observan, que al estar en pandemia debido al que emergió una nueva enfermedad a nivel mundial, el SARS COV 2, tuvimos inconvenientes al momento de realizar las encuestas y se debió disminuir el número de pacientes ya que aumentaba el riesgo de contagio al estar en contacto directo; tanto para los participantes como para el investigador.

Entre los sesgos de nuestro estudio podemos citar que al momento de pesar y medir a los pacientes, no se llevó a cabo con la misma balanza y estadiómetro; debido a que los entrevistados se encontraban en distintos pisos del hospital. por lo cual era complicado movilizarse con el mismo mobiliario, haciendo que los valores no fueran exactos, dependiendo de la calibración.

La investigación presentada tiene una importancia sobre todo en el primer nivel de atención; ya que al poder identificar de manera temprana a los pacientes que se presentan con un grado bajo de autoestima, estos puedan ser canalizados a un programa de psicología y/o psiquiatría desde su unidad de medicina familiar, lo cual es fundamental para evitar el desarrollo de enfermedades relacionadas con ansiedad y depresión.

Nuestros hallazgos muestran un número considerable de pacientes con baja y media baja autoestima relacionados con sobrepeso y obesidad, lo cual es importante en lo referente a nuestra práctica asistencial, por lo que los proveedores de atención debemos ser conscientes de que los pacientes con baja autoestima presentan un mayor riesgo de enfermedades psicológicas y psiquiátricas, de ahí que se les debe instaurar un plan de control de integral, así como realizar una atención médica con enfoque de riesgo con prevención secundaria, o identificación de factores de riesgo de manera temprana para el envío inmediato a un programa multidisciplinario para lograr mejorar la calidad de vida del paciente.

Desde el punto de vista educativo, sería adecuado implementar la creación de talleres para la educación de los pacientes con las características que nos alerten sobre la aparición de probables focos rojos para la baja autoestima que podrían desembocar en ansiedad y depresión, así como la capacitación de personal médico, de enfermería, trabajo social, y asistentes médicas para el manejo de la escala de Cooper Smith, de forma que se tenga un manejo interdisciplinario con éxito.

Podemos sugerir a las autoridades educativas las coordinaciones respectivas con el puesto de salud del Hospital General de Zona No. 8, para promover y mejorar programas preventivos promocionales con la participación interdisciplinaria de médicos, enfermeras y nutricionistas, orientado a la importancia de una alimentación equilibrada, nutritiva e incidir en la adquisición de hábitos saludables para prevenir el sobrepeso y obesidad esto mediante charlas, la entrega de folletos y boletines informativos. También, recomendar la inclusión en los horarios de consulta y de visita, charlas acerca de una adecuada percepción de la imagen corporal y autoestima es decir fomentar amor propio y un buen auto concepto de la persona.

En el área de investigación se espera que el presente estudio sea un punto de partida para la realización de futuros trabajos en diferentes centros de salud y niveles de atención, con el objetivo de obtener y mejorar los resultados logrados en este proyecto. De igual forma se abre una brecha para hacer hincapié en los estudios que busquen de forma dirigida la asociación de la mejora autoestima y el impacto de una disminución del índice de masa corporal, así como asociación entre problemas de depresión y ansiedad.

En el rubro de lo administrativo la presente investigación es de utilidad para impulsar y orientar políticas de salud en favor del paciente con factores de riesgo de sobrepeso y obesidad, así como la gestión necesaria de entrega de presupuesto y contratación de personal capacitado para la creación de programas orientados al proceso de talleres para mejora del autoestima y amor propio, desde el primer nivel de atención, a través de la gestión de presupuestos específicos y contratación de personal médico capacitado en esta área de la salud, así como del entrenamiento de otros personajes de la salud para atender esta problemática lo que generaría un decremento en el gasto público y disminución en el uso de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se cumplió el objetivo de evaluar la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 encontrando que una tercera parte de nuestros pacientes presenta baja y media baja autoestima.

Los resultados que se obtuvieron en el estudio fueron de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, en la que se aceptó la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula, por lo que se concluye que los pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 presentan una alta autoestima.

En este estudio se encontró que el género femenino predominó como población debido a que las mujeres se preocupan mayormente por su salud motivo por el cual es más común encontrarlas en busca de atención médica; la media de las edades que se registró, se encontraba en la cuarta década de la vida, el nivel máximo de estudios fue la escolaridad básica; más de la mitad de nuestros encuestados se encuentran actualmente laborando, al igual que la mayoría de nuestros participantes se encuentran solteros; 9 de cada 10 encuestados profesan una religión, las comorbilidades más frecuentes fueron la Hipertensión Arterial Sistémica y la Diabetes tipo 2, una parte importante presentaban sobrepeso y obesidad grado I y por último un tercio de los pacientes presentaban nivel de autoestima medio bajo y bajo.

En relación al nivel de autoestima y el género; observamos que las mujeres presentan un autoestima mayor que los varones, los pacientes jóvenes entre 18 a 40 años de edad presentaban mejor puntaje en la escala, pudimos percatarnos también que al tener un mayor nivel de estudios y un empleo el autoestima mejora, al igual que el estar soltero es un factor para presentar un alto valor de la escala de Cooper Smith, el tener una religión es motivo para elevar el autoestima y la presencia de comorbilidades genera una baja autoestima.

Por último, concluimos que el índice de masa corporal no está relacionado con el nivel de autoestima por sí solo; sino que la autoestima está influenciada por múltiples factores que se van desarrollando desde la infancia, tienen que ver con las características propias del paciente en relación a su ambiente, religión, empleo, estado civil, escolaridad y demás variables que influyen en la presencia de un nivel de autoestima.

Es decir, la autoestima está configurada por factores tanto internos como externos; entendiendo por factores internos, los factores que radican o son creados por el individuo, las ideas, creencias, prácticas o conductas y factores externos aquellos del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura.

Consideramos que análisis de las características de estos pacientes facilita una mejor planificación de los procedimientos asistenciales necesarios para una adecuada prevención, un tratamiento correcto y una rehabilitación efectiva.

Entre las recomendaciones para los que decidan continuar con este proyecto de investigación sería incluir en el análisis otros parámetros psicológicos que pudieran verse influenciados en el sobrepeso y obesidad como patologías tales como depresión y ansiedad. Es importante incentivar y concientizar constantemente a los pacientes durante las consultas asistidas, para continuar su tratamiento físico y psicológico hasta alcanzar un peso adecuado, según estructura anatómica para alcanzar un estilo de vida saludable sin riesgo alguno.

La presencia y efectividad de los programas de atención ofrecidos a este tipo de patologías son trascendentes y hemos objetivado a través de los resultados de esta tesis, que existe un nivel importante de autoestima bajo y que, si se aplican medidas necesarias de atención de una forma temprana, favorece que exista un apego mejor del paciente en la disminución de peso, así como lograr un decremento en patologías asociadas al bajo autoestima como lo son la depresión y ansiedad.

Como parte de un sistema de salud de excelencia, debemos mejorar en cada consulta, con la finalidad de dar calidad en la atención, lo cual nos lleva a desarrollar una mayor confianza del paciente hacia el personal de la salud y el desarrollo de un conocimiento integral de sus afecciones, no sólo biológicas, sino también psicológicas y sociales, ya que el conjunto de estas repercuten gravemente en la salud de los individuos y de sus familias, de ahí la importancia de recalcar el impacto que tendrá el concientizar sobre su padecimiento al paciente y a su familia. Las evidencias sobre las intervenciones dirigidas a la familia proyectan que la interacción con la familia, puede convertirse en un agente terapéutico de gran alcance para reducir conductas indeseables, lo que nos daría una ventaja en el manejo de los pacientes.

De ahí que se apoye la necesidad de incrementar los esfuerzos para estructurar equipos multidisciplinarios que se enfoquen en captar pacientes con niveles bajos de autoestima de forma temprana y de una atención de calidad en el primer nivel de atención para privilegiar medidas para terapias psicológicas y psiquiátricas para fomentar el amor propio y así disminuir el desarrollo de patologías como depresión y ansiedad, así como también fortalecer las medidas encaminadas en la gran pandemia mundial que es el sobrepeso y obesidad poniendo hincapié desde los infantes hasta los adultos mayores, para evitar el desarrollo de comorbilidades que son el pan de cada día de la consulta en el primer nivel de atención. Por lo tanto, debemos hacer énfasis a un programa para la identificación, referencia y tratamiento desde el primer nivel de atención de baja autoestima. El panorama que mostramos nos llama a revalorar la manera en que se enfrenta este problema para reducir la carga de la enfermedad y la brecha de atención, para realizar intervenciones.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO DEL PROYECTO:
 EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 QUE SE ENCUENTRAN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DOCTOR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2019-2021

FECHA	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2021	FEB 2021
TITULO		A										
ANTECEDENTES		A										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		A										
OBJETIVOS		A										
HIPOTESIS		A										
PROPOSITOS			A									
DISEÑO METODOLOGICO					A							
ANALISIS ESTADISTICO						A						
CONSIDERACION ES ETICAS						A						
RECURSOS							A					
BIBLIOGRAFIA											A	
ASPECTOS GENERALES												A

2020-2022

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS				P								
PRUEBA PILOTO				P								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				P								
RECOLECCION DE DATOS					P	P	P	P	P			
ALMACENAMIENTO DE DATOS							P	P	P			
ANALISIS DE DATOS									P			
DESCRIPCION DE DATOS										P		
DISCUSIÓN DE DATOS											P	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											P	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											P	
REPORTE FINAL											P	
AUTORIZACIONES												P
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												P
PUBLICACION												P

■ INICIO
■ FIN
 P PENDIENTE
 A APROBADO

Elaboró: Gilberto Espinoza Anrubio¹, Eduardo Vilchis Chaparro², Angélica Maravillas Estrada³, Scarlett Guadalupe Colín López⁴.
¹ Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/MF No 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.
² Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI
³ Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar. Adscrito al HGZ/MF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" IMSS
⁴ Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/MF No 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" IMSS

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS: Informe de la comisión para acabar con la obesidad Infantil. [Internet]. Ginebra; 2017 [Consultado 3 ene 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. International Association for the Study of Obesity. IASO: Obesity: understanding and challenging the global epidemic. [Internet]. Londres; 2017 [Consultado 3 ene 2021]. Disponible en: <http://blogimages.bloggen.be/diabetescheck/attach/35623.pdf>
3. Malo SM, Castillo MN, Pajita DD. La obesidad en el mundo. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Abr [Consultado 21 ene 2021]; 78(2): 173-178. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>.
4. Organización Mundial de la Salud. OMS: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y Obesidad Infantiles. [Internet]. Ginebra; 2017 [Consultado 3 ene 2021]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
5. Delgado PA, Caamaño F, Martínez C, Jerez D, Carter B, García F, Latorre RP. La obesidad infantil y su asociación con el sentimiento de infelicidad y bajos niveles de autoestima en niños de centros educativos públicos. Nutr Hosp. 2018;35(3):533-537.
6. Moncloa B, Valdivia A, San Martín M. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. An Fac med. 2017; 78(2): 1-5.
7. Strauss RS, Pollack HA. Social marginalization of overweight children. Arch Pediatr Adolesc. 2017; 157(8):746-752.
8. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. Psychological Bulletin. 2017;133(4):557-80. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. 2016 [Internet]. México; 2017 [Consultado 8 ene 2021]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2017/Avisos/docs/180315_encuesta_nacional_de_salud_y_nutricion_de_medio_Ca.pdf

9. Organización mundial de la Salud. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet]. Ginebra; 2017 [Consultado 8 ene 2021]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
10. Contreras JA, Hernández GL, Freyre MA. Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Rev Mex de Tras Ali.* 2016;7(1):24-31.
11. Alvarado S, María A, Guzmán B, González R, Mónica T. Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2018 (2),417-428; 2016.
12. Torres MD, Tormo MA, Campillo C, Carmona MI. Factores etiológicos y de riesgo cardiovascular en niños extremeños con obesidad. Su relación con la resistencia a la insulina y la concentración plasmática de adipocitocina. *Rev Esp Cardiol*; 2018; 61(9):923-929.
13. Mohanan S, Tapp H, McWilliams A, Dulin M. Obesity and asthma: pathophysiology and implications for diagnosis and management in primary care. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2014;239(11):1531–40.
14. Africa JA, Newton KP, Schwimmer JB. Lifestyle interventions including nutrition, exercise, and supplements for nonalcoholic fatty liver disease in children. *Dig Dis Sci.* 2016;61(5):1375–1386
15. Beck AR. Psychosocial aspects of obesity. *NASN Sch Nurse.* 2016;31(1):23–27.
16. Suárez CW, Sánchez OAJ. Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2017 [Consultado 28 ene 2021]; 44(3): 226-233. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182017000300226&lng=es
17. Morrison KM, Shin S, Tarnopolsky M, et al. Association of depression and health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. *Journal of Affective Disorders* 2015;17(2):18–23.
18. Delgado PA, Caamaño NF, Martínez SC, Jerez MD, Carter TB, García PF, Latorre RP. La obesidad infantil y su asociación con el sentimiento de infelicidad y bajos niveles de autoestima en niños de centros educativos. *Nutr Hosp.* 2018 4;35(3):533-537.

19. Rodríguez HJ, Ferrer MM, Fontalba NA, García JM, Olvera MC. Influence of psychological variables in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery after 24 months of evolution. *Cir Esp*. 2017;95(7):378-384.
20. Zurita OF, Castro SM, Rodríguez FS, Cofré BC, Chacón CR, Martínez MA, Muros JJ. Actividad física, obesidad y autoestima en escolares chilenos: Análisis mediante ecuaciones estructurales *Rev Med Chil*. 2017; 145 (3): 299-308.
21. Cuevas SA, Ramos LO, Riezu JI, Milagro FI, Martínez JA. Diet, Gut Microbiota, and Obesity: Links with Host Genetics and Epigenetics and Potential Applications. *Adv Nutr*. 2019 1;10(suppl_1):S17-S30. Izquierdo AG, Crujeiras AB, Casanueva FF, Carreira MC. Leptin, Obesity, and Leptin Resistance: Where Are We 25 Years Later? *Nutrients*. 2019;11(11):2704.
22. Vecchié A, Dallegri F, Carbone F, Bonaventura A, Liberale L, Portincasa P, Frühbeck G, Montecucco F. Obesity phenotypes and their paradoxical association with cardiovascular diseases. *Eur J Intern Med*. 2014, 48(1):6-17.
23. Unamuno X, Gómez AJ, Rodríguez A, Becerril S, Frühbeck G, Catalán V. Adipokine dysregulation and adipose tissue inflammation in human obesity. *Eur J Clin Invest*. 2018;48(9):3075
24. Landecho MF, Tuero C, Valentí V, Bilbao I, de la Higuera M, Frühbeck G. Relevance of Leptin and Other Adipokines in Obesity-Associated Cardiovascular Risk. *Nutrients*. 2019;11(11):2664.
25. Sáinz N, Barrenetxe J, Moreno MJ, Martínez JA. Leptin resistance and diet-induced obesity: central and peripheral actions of leptin. *Metabolism*. 2015;64(1):35-46.
26. Lorente CS, González MP, Milagro FI, Martínez JA. MicroRNAs and other non-coding RNAs in adipose tissue and obesity: emerging roles as biomarkers and therapeutic targets. *Clin Sci (Lond)*. 2019;133(1):23-40.
27. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, Coutinho W, Cuevas A, Dicker D, Hughes C, Iwabu M, Kang JH, Nawar R, Reynoso R, Rhee N, Rigas G, Salvador J, Sbraccia P, Vázquez-Velázquez V, Halford JCG. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab*. 2019(8):1914-1924.
28. Lecube A, Monereo S, Rubio MÁ, Martínez P, Martí A, Salvador J, Masmiquel L, Goday A, Bellido D, Lurbe E, García JM, Tinahones. Prevention, diagnosis, and treatment of obesity. 2016 position statement of the Spanish Society for the Study of Obesity. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2017; 36(5):350-7

29. Piché ME, Tchernof A, Després JP. Obesity Phenotypes, Diabetes, and Cardiovascular Diseases. *Circ Res.* 2020 22;126(11):1477-1500.
30. Medanić D, Pucarín-Cvetković J, Pretilost J. Obesity--a public health problem and challenge]. *Acta Med Croatica.* 2012;66(5):347-55.
31. Mathus EM; Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly: a guideline. *Obes Facts.* 2012;5(3):460-83.
32. De LA, Gratteri S, Gualtieri P, Cammarano A, Bertucci P, Di Renzo L. Why primary obesity is a disease? *J Transl Med.* 2019;17(1):169.
33. Sarmiento QF, Ariza AJ, Barboza GF, Canal MN, Castro BM, Cruchet MS, Delgado CL. Sobrepeso y obesidad: revisión y puesta al día de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2016;46(2):131-59.
34. Blázquez FP, Navarro CG, Garcidueñas GD, Fulgencio JM. Propiedades psicométricas de la Escala de Culpa por Obesidad o Sobrepeso para Niños y Adolescentes. *Nutr Hosp.* 2016 25;33(2):96.
35. Mercader YE, Neipp LC, Gómez MP, Vargas TF. Anxiety, Self-esteem and Body Image in Girls with Precocious Puberty. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2018;47(4):229-236.
36. Ríos MBP, Rangel RGA, Álvarez CR, et al. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Med.* 2018;6(4):147-153.
37. Rodríguez SM, Rojas P JL, Malagón CY, et al. La autoestima y la satisfacción con la vida que percibe la mujer adulto mayor. *Cuba y Salud.* 2018;13(3):27-33.
38. Giménez FC, Cortés MM, Loeza VP. Confiabilidad y validación con niños mexicanos de dos instrumentos que miden la autoestima . *Salud Mental.* 2018;26(4):40-46.
39. Núñez RMA. Autoestima y habilidades emprendedoras en estudiantes de nivel medio superior. *Rev Elec Psic Izt.* 2015;18(1)55-53.
40. Ramos RY, Borges CD. Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2016;32(4):1-11.
41. Lara C, Asunción M, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología [Internet].* 2013; 25 (2): 247-255

42. Castillo DE, Campos VNA, Moreno MT, et al. Estilos de afrontamiento, depresión, ansiedad, niveles de autoestima y riesgo cardiovascular en adolescentes obesos. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc.* 2019;25(1):248-296.
43. Lara C, Asunción M, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología [Internet].* 2013; 25 (2): 247-255
44. Aguilar A, La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Rev Mex Pediatr.* 2018;69(5):190-193.
45. Rufino EO, Nivel de autoestima en el adulto mayor del centro de desarrollo integral de las familias Distrito de Castilla Piura, Perú, 2018; 78(2): 1-5.
46. Ancer EL, Meza PC, Pompa GE, Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios, México, 2011; 69(5):190-193.

ANEXOS

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y LA CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA

	IMC (kg/m²)	Clase obesidad	Hombre ≤ 102 cm Mujer ≤ 88 cm	Hombre ≥ 102 cm Mujer ≥ 88 cm
Bajo peso	<18.5			
Normal	18.5-24.9			
Sobrepeso	25-29.9		Aumentado	Aumentado
Obesidad	30-34.9	1	Alto	Alto
	35-39.9	2	Muy alto	Muy alto
Obesidad extrema	>40	3	Extremadamente alto	Extremadamente alto



ANEXO 2: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8.

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
TÍTULO DEL PROYECTO

**EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8.**

AUTORES: Gilberto Espinoza Anrubio¹, Eduardo Vilchis Chaparro², Angélica Maravillas Estrada³, Scarlett Guadalupe Colín López⁴, Adscripción Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8.

1.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud a HGZ/UMF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

2.- Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud, Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

3.- Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar, adscrita a HGZ/MF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

4.- Residente de tercer año. Especialización Medicina Familiar. HGZ/MF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

INSTRUCCIONES: Marque con una X el paréntesis que corresponda, llenar con letra de molde nombre completo, edad, enfermedades crónicas, peso, talla e IMC.

Nombre: _____

Edad: _____

Enfermedades crónicas: _____

Sexo: 1 () Femenino 2 () Masculino

Religión 1 () Con 2. () Sin

Estado civil 1 () Casado 2 () Soltero

Ocupación 1 () Empleado 2 () Jubilado

Escolaridad 1 () Básica 2 () Media superior 3 () Superior

Talla _____ Peso _____

IMC _____

Grados de sobrepeso u obesidad:

1 () Sobrepeso 2 () Obesidad grado I 3 () Obesidad grado II 4 () Obesidad grado III

Escala de autoestima de Cooper Smith versión adultos

1 () 0-24, Autoestima baja.

2 () 25-49, Autoestima media baja.

3 () 50-74, Autoestima media alta.

4 () 75-100, Autoestima alta.



ANEXO 3: ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPER SMITH VERSIÓN ADULTOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
 DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA

CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8.
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 TÍTULO DEL PROYECTO

EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8.

AUTORES: Gilberto Espinoza Anrubio¹, Eduardo Vilchis Chaparro², Angélica Maravillas Estrada³, Scarlett Guadalupe Colín López⁴, Adscripción Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8.

- 1.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Encargado Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS
 2.- Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud, Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI.
 3.- Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar, adscrita a HGZ/MF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.
 4.- Residente de tercer año. Especialización Medicina Familiar. HGZ/MF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

Instrucciones: A continuación, hay una lista de frases sobre pensamientos y sentimientos. Si una frase describe cómo te sientes generalmente responde VERDADERO. Si la frase no describe cómo te sientes generalmente responde FALSO. No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Este cuestionario le tomará 20 minutos, al finalizar dicho cuestionario se le otorgará un tríptico con información sobre el tema.

PREGUNTAS	VERDADERO	FALSO
1. Generalmente los problemas me afectan poco		
2. Me cuesta trabajo hablar en público		
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí		
4. Puedo tomar fácilmente una decisión		
5. Soy una persona simpática		
6. En mi casa me enoja fácilmente		
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo		
8. Soy una persona popular entre las personas de mi edad		
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos		
10. Me doy por vencido/a fácilmente		
11. Mi familia espera demasiado de mí		
12. Me cuesta trabajo aceptarme como soy		
13. Mi vida es muy complicada		

14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas		
15. Tengo mala opinión de mí mismo/a		
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
17. Con frecuencia siento disgusto		
18. Soy menos guapo/a que la mayoría de la gente		
19. Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20. Mi familia me comprende		
21. Los demás son mejor aceptados que yo		
22. Siento que mi familia me presiona		
23. Con frecuencia me desanimo con lo que hago		
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25. Se puede confiar poco en mí		

PUNTAJE: _____

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN TESIS

Nombre del estudio:	Evaluación de la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Río Magdalena 289, Tizapán San Ángel, C.P. 01090, Ciudad de México, Julio a Noviembre 2021
Número de registro:	R-2021-3703-119
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar la autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8
Procedimientos:	En área de consulta externa en sala de espera del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 se realizará el cuestionario de autoestima Cooper Smith versión adultos de manera auto aplicable con duración de 20 minutos y se tomará el peso y talla. Si surgen dudas el aplicador está capacitado para responderlas.
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de riesgos mínimos. El paciente podría presentar sentimientos de tristeza al momento de la aplicación, debido al tipo de preguntas que se realizarán.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el tipo de autoestima presente en el paciente y al finalizar se dará un tríptico con información importante para el paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Estudio descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informará en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

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

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Mejorar las condiciones de los pacientes con sobrepeso y obesidad a partir de un tratamiento integral por parte del equipo de salud.

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

Investigador Responsable: **GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**, Médico Familiar, Encargado Coordinación Auxiliar Investigación en Salud, Matricula 99374232, Teléfono: 5535143649 ext. no Fax: No Fax, Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx.

Colaboradores: **EDUARDO VILCHIS CHAPARRO** Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud HGZ/UMF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo", Matricula 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax, Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx.

ANGÉLICA MARAVILLAS ESTRADA Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar HGZ/UMF N.8 "Doctor. Gilberto Flores Izquierdo". Matricula:98113861. Teléfono:55450000340. Fax: No fax. Correo: angelica.maravillas@imss.gob.mx.

SCARLETT GUADALUPE COLÍN LÓPEZ, Residente de la especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo", Matricula 97374578 Teléfono: 5582339956 ext. no Fax: No Fax, Correo: scarlettcolin@gmail.com.

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

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Scarlett Guadalupe Colín López
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada tesis de investigación, sin omitir información relevante del estudio
Clave: 2810-009-013

ANEXO 5: CARTA DE NO INCONVENIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DOCTOR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



Oficio: 37.51.02.25.09/118/2021
Ciudad de México, a 03 de junio de 2021.

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores Doctor Gilberto Espinoza Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, con matrícula: 99374232, Doctor Eduardo Vilchis Chaparro Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Centro Médico Nacional Siglo XXI, matricula 99377278 y Doctora Angélica Maravillas Estrada Medico Familiar, Profesor titular de Medicina Familiar, matrícula 98113861 ; realicen la investigación titulada: **“EVALUACIÓN DEL AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8.”**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2020 al 28 de febrero del 2022. El procedimiento que se llevará a cabo será seleccionando pacientes de la consulta externa de 18 a 90 años que tengan algún grado de sobrepeso y obesidad, de los cuales se recabarán datos correspondientes a variables sociodemográficas, variables de la patología y si existe correlación entre las patologías que se estudiarán.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades al Doctor Gilberto Espinoza Anrubio, Doctor Eduardo Vilchis Chaparro y Doctora Angélica Maravillas Estrada, junto con la Médica Residente de 3do año de Medicina Familiar Scarlett Guadalupe Colín López Matricula 97374578, para que realicen la recolección de información, selección de pacientes en esta unidad, así como la interpretación de resultados para su posterior análisis.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

DOCTOR GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8.