



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO

**NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS “NEZAHUALCOYOTL “**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JACQUELINE CABALLERO MENDOZA

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS "NEZAHUALCOYOTL "**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MÉDICA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JACQUELINE CABALLERO MENDOZA

AUTORIZACIONES:

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO.

**ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
NEZAHUALCOYOTL**

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
NEZAHUALCOYOTL**

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ING. JOANNA P. GALINDO MONTEAGUDO

**JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD**



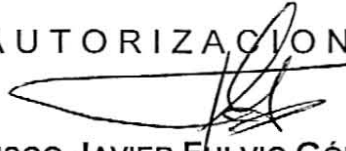
**NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS "NEZAHUALCOYOTL "**

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

PRESENTA:

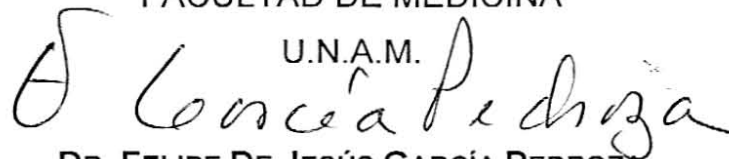
DRA. JACQUELINE CABALLERO MENDOZA

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO 2015

DEDICATORIA.

A MIS PADRES ELVIRA Y MELCHOR, GRACIAS POR SU IMPULSO, Y EJEMPLO DE VIDA.

A FABIOLA, VICTOR, MELCHOR, ARTURO Y TONY, POR CUIDAR DE NUESTROS PADRES, Y DARME SU APOYO A PESAR DE LA DISTANCIA.

A MIS SOBRINOS FABIOLA, CAROLINA Y FERNANDO, CANDY, LEYVER, CARLOS, MARCO ANTONIO, NADIA, BRAYAN, JAQUELINE, ARTURO, VICTOR, LEONARDO, DIEGO, JUAN PABLO, SURI Y LOS DOS QUE VIENEN EN CAMINO...ESPERO QUE SIEMPRE BUSQUEN EL ÉXITO Y VIVAN EN PLENITUTUD.

A MI ABUELA ALTAGRACIA, TIA NEMO POR TU APOYO INCONDICIONAL; A MI PRIMA ERÈNDIDA; POR SU AYUDA, GRACIAS.

A MIS COMPAÑEROS POR SU AMISTAD.

A MIS MAESTROS:

DR BARNAD, DR. BARRERA Y DRA BEATRIZ MI AGRADECIMIENTO POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS CON NOSOTROS, E IMPULSARNOS CADA DIA DE CLASE.

A TODO AQUEL QUE PIENSE QUE ES DEMASIADO TARDE RETOMAR UN PROYECTO EN LA VIDA.

**NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS “NEZAHUALCOYOTL “**

INDICE DE CONTENIDO.

TEMA		PÁG.
I	MARCO TEORICO	
	SINDROME METABÓLICO	
1	ANTECEDENTES DEL SINDROME METABÓLICO	1
1.1.1	DEFINICION DEL SINDROME METABÓLICO	2
1.1.2	ETIOLOGIA	3
1.1.3	FISIOPATOLOGIA DEL SINDROME METABÓLICO	7
1.1.4	EPIDEMIOLOGÍA	8
1.1.5	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SINDROME METABÓLICO OMS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SINDROME METABÓLICO NCEP-ATP III	11
1.1.6	ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL SINDROME METABÓLICO	14
1.1.7	OBESIDAD	15
1.1.8	DIABETES	17
1.1.9	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	18
1.10	TRATAMIENTO DE SINDROME METABOLICO	19
2.2.1	DEFINICIONES DE AUTOESTIMA	22
2.2.2	AUTOEFICACIA Y AUTODIGNIDAD	24
2.2.3	DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA	25
2.2.4	COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA	27
2.2.5	VALORES DE LA AUTOESTIMA	27
2.2.6	FACTORES QUE DAÑAN LA AUTOESTIMA	28
2.2.7	GÉNERO Y AUTOESTIMA	28
2.2.8	FACTORES RACIALES, ÉTNICOS Y SOCIALES	29

	ECONÓMICOS QUE AFECTAN LA AUTOESTIMA	
2.2.9	AUTOESTIMA BAJA COMO FACTOR DE RIESGO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS	29
3.3.1	REESTRUCTURACIÓN DE LA AUTOESTIMA	30
3.3.2	MEDICIONES (ENCUESTA/ TEST AUTOESTIMA)	32
3.3.3	INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE AUTOESTIMA INVENTARIO DE COOPERSMITH	32
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
5	JUSTIFICACION	36
6	OBJETIVOS	37
6.1	OBJETIVOS GENERALES	37
6.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	37
7	METODOLOGIA	38
7.1	TIPO DE ESTUDIO	38
7.2	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	38
7.3	TIPO DE MUESTRA	38
7.4	TAMAÑO DE LA MUESTRA	38
7.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN, CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	39
7.6	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	39
7.7	VARIABLES	40
8	MÉTODO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	41
8.1	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	41
8.2	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	42
8.3	RECURSOS HUMANOS	42
8.4	RECURSOS MATERIALES	42
8.5	RECURSOS FINANCIEROS Y FISICOS	42
9	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
10	CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
11	ANÁLISIS DE RESULTADOS.	46
12	DISCUSIÓN	53

13	CONCLUSIONES	54
14	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
15	ANEXOS	59
	1. Test de autoestima de Coopersmith (versión acortada)	59
	2. Clave de corrección de la escala de autoestima de Coopersmith	61
	3. Consentimiento informado	63
	4. Declaración de Helsinki	66

NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS “NEZAHUALCOYOTL “

I. MARCO TEORICO.

1. ANTECEDENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO:

En 1923 el Dr. Eskil Kylin, de Goteburgo Suecia, publicó un trabajo parecido a la descripción actual del síndrome metabólico: hipertensión, hiperglucemia e hiperuricemia; además había intolerancia a la glucosa o diabetes del adulto.⁽¹⁾

En 1988 Gerald Reaven presenta en el Congreso de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) el síndrome de Insulina resistencia, estableciendo vínculos entre la resistencia a la captación de glucosa mediada por insulina, la glucemia, la dislipidemia y la hipertensión arterial, faltando vincular este síndrome al sobrepeso.⁽¹⁾

Kaplan más tarde los denomina “El cuarteto Mortal”, destacando los componentes de este síndrome:

- Obesidad troncal.
- Intolerancia a la glucosa.
- Hipertrigliceridemia.
- Hipertensión.⁽²⁾

DeFronzo hizo referencia a una posibilidad etiopatogénica común al hablar de Síndrome de Resistencia Insulínica:

- ❖ Diabetes mellitus no insulino dependiente.
- ❖ Obesidad.
- ❖ Hipertensión.
- ❖ Dislipidemia.
- ❖ Enfermedad vascular aterosclerótica.⁽³⁾

1.1.1 DEFINICIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO:

El síndrome metabólico (SM) es el conjunto de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que pueden aparecer en forma simultánea o secuencial, causados por la combinación de factores genéticos y ambientales asociados al estilo de vida, que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus 2. ⁽³⁾

La Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre (NHLBI) publicaron una declaración conjunta afirmando que:

- 1) El síndrome metabólico consiste en la asociación de factores de riesgo interrelacionados de origen metabólico que promueven la enfermedad vascular aterosclerótica.⁽⁴⁾
- 2) Los aspectos más importantes son la obesidad abdominal y la resistencia a la insulina. ⁽⁴⁾
- 3) Estudios prospectivos demuestran que el síndrome metabólico duplica el riesgo para enfermedad cardiovascular y quintuplica el riesgo para diabetes tipo1. ⁽⁴⁾
- 4) Para la IDF la obesidad abdominal es un requisito fundamental pero el ATP III considera suficientes 3 factores de riesgo aún en ausencia de obesidad abdominal.⁽⁴⁾
- 5) Existe consenso confirmando que el adipocito visceral se asocia más a Insulinorresistencia que los adipocitos de otros compartimientos grasos. ⁽⁴⁾

1.1.2 ETIOLOGÍA:

La etiopatogenia del síndrome metabólico es multifactorial, e intervienen factores genéticos y ambientales. ⁽⁴⁾

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME METABÓLICO.

EDAD.

La prevalencia de muchos factores aumenta con la edad, El estudio NHANES III (Third Nacional Health and Nutrition Examination Survey) de EEUU, halló una prevalencia de síndrome metabólico del 24% en adultos mayores de 20 años, similar en ambos géneros, definido con los criterios del ATP III. ⁽⁴⁾

-6.7% en los adultos de 20-29 años.

-43.5% en los 60 a 69 años.

- 42% en los mayores de 70 años.

GENERO.

En los estudios realizados en ocho poblaciones europeas con los criterios de la OMS en hombres y mujeres sin diabetes, la prevalencia de síndrome metabólico fue mayor en los hombres. En Francia se constató que el exceso de peso así como el aumento de cintura y el descenso del colesterol HDL contribuyeron más con la prevalencia de síndrome metabólico en las mujeres, en tanto que la hipertensión arterial contribuyó con la prevalencia de síndrome metabólico en los hombres. ⁽⁵⁾

Las concentraciones de insulina, glucemia y triglicéridos contribuyeron en forma similar en ambos géneros. ⁽⁵⁾

ETNIA.

La prevalencia de síndrome metabólico en las poblaciones asiáticas es mayor que en las europeas; en las de origen africano que se encuentran radicadas en EE.UU y el Reino Unido la prevalencia es similar a la de las poblaciones blancas radicadas en esos mismos países. Así mismo, la prevalencia de síndrome metabólico en poblaciones hispanas radicadas en EE.UU parece ser mayor que en las poblaciones blancas no hispanas. ⁽⁶⁾

OBESIDAD.

La prevalencia de obesidad es un factor de importancia que modifica la del síndrome metabólico. La asociación entre obesidad central y síndrome metabólico varía acorde al género. ⁽⁶⁾

El sobrepeso y obesidad son reconocidos como uno de los problemas más importantes de Salud Pública en el mundo. Se estima que en la actualidad hay aproximadamente 1700 millones de adultos con sobrepeso y cerca de 312 millones con obesidad, 39.5% de hombres y las mujeres tienen sobrepeso, y 31.7% obesidad; es decir, aproximadamente 70% de la población adulta tiene una masa corporal que puede considerarse inadecuada (con un IMC superior a 25 kg/m²). Esta condición ha ubicado a México en el primer lugar de prevalencia mundial. ⁽⁷⁾

Se han propuesto muchos factores condicionantes de obesidad, un aumento en el estilo de vida sedentario, una dieta donde la energía consumida excede la energía gastada. A nivel mundial se han propuesto diversas explicaciones: Entre las principales destacan las siguientes: a) la dieta: tanto en contenido energético como en composición; b) comer fuera de las comidas principales: picar y comer entre comidas, alimentos altamente energéticos) consumo excesivo de bebidas azucaradas. d) falta de actividad física en general y de un deporte en particular e) factores genéticos; los individuos no se comportan de la misma manera en relación al aumento de peso; f) Comportamiento social y cultura; estilos de vida, hábitos alimenticios, que dependen directamente de la influencia familiar. ⁽⁸⁾

Las consecuencias que pueden darse por padecer obesidad, son; a corto plazo, las alteraciones psicosociales las más frecuentes; a mediano plazo, la obesidad está asociada con complicaciones específicas; 1) Autoestima baja, la cual puede agravar la obesidad. 2) Desórdenes depresivos, 3) Apnea del sueño a causa de la obstrucción de las vías respiratorias superiores, 4) Miocardiopatía, 5) Pancreatitis, 6) Esteatohepatitis no alcohólica, 7) Hipertensión, 8) Aterosclerosis entre otros padecimientos importantes. ⁽⁸⁾

DIETA:

Existe evidencia que el consumo en exceso de calorías puede tener efecto sobre la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico independientemente de la obesidad. ⁽⁹⁾

PESO AL NACER:

Algunos estudios han sugerido que el bajo peso al nacer en embarazos a término se asocia con mayor prevalencia de síndrome metabólico en la edad adulta, en especial cuando se relaciona con obesidad. ⁽⁹⁾

FACTORES GENÉTICOS:

Cada criterio incluido en el síndrome metabólico está determinado por complejas interacciones genéticas y ambientales. En las poblaciones de alto riesgo como familiares de pacientes con diabetes tipo 2 la prevalencia aumenta hasta casi un 50%. ⁽⁹⁾

FACTORES ENDÓCRINOS:

La hiperandrogenemia y el síndrome de ovarios poliquísticos son factores que tienen influencia sobre esta prevalencia en el síndrome metabólico. En la menopausia el descenso de la testosterona total y de la globulina transportadora de hormonas sexuales, los corticoides, la hormona de crecimiento y el factor de

crecimiento similar a la insulina también pueden influir en el desarrollo de síndrome metabólico.⁽¹⁰⁾

INFLAMACIÓN:

Existe cada vez mayor evidencia que la inflamación crónica se asocia con resistencia a la insulina y síndrome metabólico. La mayor parte de los componentes del síndrome metabólico se asocia positivamente a parámetros inflamatorios y esta relación sería independiente de la edad, género, la actividad física, el IMC y el hábito de fumar.⁽¹⁰⁾

COMORBILIDADES

La prevalencia de síndrome metabólico en los pacientes con diabetes, hipertensión o enfermedad vascular es considerablemente mayor respecto de la población general. Algo similar sucede en los individuos con enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia, la depresión, HIV positivos y quienes tienen tratamiento con antirretrovirales.⁽¹¹⁾

Las alteraciones metabólicas y cardiovasculares asociadas al síndrome metabólico contribuyen a una enfermedad renal progresiva, siendo de particular importancia la hipertensión y el conjunto Insulinorresistencia-hiperinsulinemia. La microalbuminuria es un marcador temprano para nefropatía, y su incremento establece un aumento en la morbimortalidad cardiovascular en pacientes con hiperinsulinemia e hipertensión, y es considerada un marcador de daño endotelial.⁽¹²⁾

Hay un incremento de enzimas hepáticas, algunos individuos se encuentran predispuestos genéticamente a la Insulinorresistencia; sin embargo, son los factores adquiridos, como exceso de peso y el sedentarismo, los que permiten la manifestación clínica y bioquímica de la Insulinorresistencia y el síndrome metabólico.⁽⁸⁾

1.1.3 FISIOPATOLOGIA DEL SINDROME METABÓLICO.

La teoría metabólica sostiene que la hiperinsulinemia compensatoria resultante de la resistencia a la insulina, es el factor responsable de la hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, obesidad, disfunción endotelial y aterosclerosis, a través de diversos mecanismos. ⁽¹³⁾

La resistencia a la insulina depende de alteraciones de su receptor y defectos intracelulares.

Se divide en tres grupos:

- 1) Las relacionadas con la actividad del receptor (tirosinasa y proteínasa)
- 2) Las involucradas en la cascada de la fosforilación y desfosforilación intracelular de la serina, conocidas como MAP cinasa.
- 3) Las responsables del efecto Biológico final de la insulina. ⁽¹³⁾.

La resistencia a la insulina no es una enfermedad, es una anomalía fisiológica que, con otras alteraciones, pueden llevar al desarrollo de varios síndromes Hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2 depende de tres factores: ⁽¹²⁾

- ❖ de la capacidad de secretar insulina tanto en forma aguda como de manera sostenida;
- ❖ de la capacidad de la insulina para inhibir la producción de glucosa hepática y mejorar el aprovechamiento periférico de la glucosa
- ❖ de la capacidad de la glucosa para entrar en las células aún en ausencia de insulina. ⁽¹¹⁾

Aunque la mayoría de los pacientes con resistencia a la insulina hiperinsulinemia no tienen franca hiperglucemia, tienen un riesgo elevado de desarrollar diabetes mellitus en un futuro. Al principio los pacientes con resistencia a la insulina mantienen su homeostasis a través de la hiperinsulinemia, sin embargo, la diabetes se presenta cuando ya no son capaces de mantener esta compensación. ⁽¹¹⁾

La hiperinsulinemia activa varios mecanismos:

- 1) aumenta la reabsorción de sodio en los túbulos contorneado proximal y distal (efecto natriurético), con el incremento secundario de volumen; 2) se estimula la bomba Na-H que ocasiona alcalosis intracelular con lo que se activa el factor de crecimiento, síntesis de colágena y acúmulo de LDL con la consecuente alteración de la función endotelial; 3) la insulina tiene efectos vasculotóxicos a nivel endotelial ya que favorece la producción de endotelina-1, bloqueando la producción de óxido nítrico y favorece las respuestas vasoconstrictoras y mitogénicas sobre el endotelio. ⁽¹³⁾

1.1.4 EPIDEMIOLOGIA:

La prevalencia del síndrome metabólico varía dependiendo de la definición que se emplee para determinarla, así como de la edad, el sexo, (es mayor en hombres porque suelen tener obesidad central más frecuentemente), el origen étnico (algunos grupos presentan mayor disposición de obesidad central asiáticos no europeos, africanos caribeños y población hispana radicada en EEUU) y al estilo de vida ,(existe evidencia que la dieta puede tener efecto sobre la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico independientemente de la obesidad).⁽¹⁴⁾

A nivel mundial se menciona una estadística de prevalencia entre el 20 a 40 % de la población, con variaciones en diferentes regiones. Cuando se usan criterios de la OMS, la prevalencia del Síndrome metabólico varía de 6.7% en edades de 20 a 43.5% en los mayores de 60 no se han reportado diferencias por sexo (23.4% en mujeres y 24% en hombres). ⁽¹⁵⁾

En poblaciones de alto riesgo, como la de familiares de personas con diabetes la prevalencia aumenta considerablemente hasta casi 50%, llegando a más de 80% en personas diabéticas y a 40% en personas con intolerancia a la glucosa ⁽¹⁵⁾

América Latina tiene una población de casi 550 millones de habitantes y se espera un incremento del 14% en los próximos 10 años. Una de cada tres o cuatro personas mayores de 20 años cumple de criterios para diagnóstico de síndrome metabólico según sea la definición empleada IDF, ATP III con cintura asiática o Latinoamericana. La prevalencia incrementa con la edad, es más frecuente en mujeres incrementándose en la última década. ⁽¹⁶⁾

Durante las últimas décadas, en México se han registrado cambios y tendencias, que reflejan modificaciones en las prevalencias de diversas patologías, se estima que las enfermedades cardiovasculares y diabetes provocan el 75% de todas las muertes y el 68% de los años perdidos de incapacidad, según lo publicado por Campos Mondragón y cols. En 2002. ⁽¹⁷⁾

La prevalencia de patologías, como el sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, eran considerados en el pasado como problemas de países desarrollados sin embargo, han crecido en nuestra población, debido a múltiples factores y al cambio en estilos de vida. ⁽¹⁶⁾

Los elementos más comunes del síndrome metabólico que se han encontrado son: obesidad abdominal, hipoalfaproteína y elevación de la presión arterial; sin embargo el exceso de tejido adiposo en región abdominal, se relaciona con factores de riesgo para esta patología. ⁽¹⁶⁾

Tal como lo demuestran Aguilar Salinas y cols. Al evaluar en la población mexicana anormalidades en lípidos con altas prevalencias que condicionan riesgos cardiovasculares y síndrome metabólico en la población expuesta. ⁽¹⁷⁾

Quizá el grupo femenino es el que más influye en la alta prevalencia de la hipoalfaproteína en las encuestas nacionales, favorecido porque en las mujeres la concentración de corte para éste componente es colesterol. ⁽¹⁷⁾

A diferencia de los países latinoamericanos y de forma global, el síndrome metabólico según criterios del *National Cholesterol Education Program* (modificado según los valores de cintura conforme la Federación Internacional de Diabetes) manejan una prevalencia del 42.3% en los adultos mexicanos mayores de 20 años. ⁽¹⁷⁾

Estimando que cerca de una cuarta parte de la población mayor de 40 años e incluso más de la mitad de los individuos de 50 años, presentan este síndrome.

Estas prevalencias publicadas varían, de acuerdo a las organizaciones que las emiten; tal es el caso de los Criterios de la Organización Mundial de la Salud al manejar una prevalencia en México de 13.6% y al aplicar los criterios ATP-III asciende hasta los 26.6%, por lo tanto existen de 6.7 a 14.3 millones de Mexicanos afectados, conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud y los ATP-III respectivamente. ⁽¹⁸⁾

Sin embargo, en 2006 se realizó un estudio por Echavarría y cols. En una población rural mexicana en adultos de 20 a 40 años mostrando una prevalencia de casi 45.5% en 2006,30 que varía según lo publicado en 2004 por Salinas y cols., por lo que se observa una prevalencia mucho más elevada. ⁽¹⁷⁾

Los estados del norte de la República Mexicana presentan, una prevalencia similar a la de los países desarrollados, quizá debida a la industrialización, en comparación con los estados del sur, donde la transición epidemiológica no es tan visible. Como parte de la problemática, al igual que en los estudios realizados en otros países, en la prevalencia, hay diferencias significativas según la edad de presentación; en menores de 2 años de 6.6%, niños entre 5 y 11 años de 18.8%, en adolescentes de 10 y 17 años de 26% y entre 40 y 10 años las mujeres con una prevalencia de 78% y hombres de 72%. ⁽¹⁷⁾

Encontrando en estas estadísticas un incremento paulatino conforme aumenta la edad, con un señalamiento en especial cerca de los 20 años, en donde la obesidad central se incrementa, alcanzando en mujeres una prevalencia de 58.8%.31 Siendo importantes por el impacto que representan como impacto en la epidemia mundial, de obesidad central y general, determinada por el tejido adiposo visceral intrabdominal y retroperitoneal, propicia la morbilidad de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y accidentes vasculares, causantes de severos problemas de salud en la población. ⁽¹⁷⁾

En un estudio realizado en Michoacán México en 2007 en una clínica cardio-metabólica, identifican que la resistencia a la insulina aparece en 57.4% de los

Pacientes, pese a que no determinan prevalencias, determinan datos interesantes como que en las mujeres se anexa depresión, adiposidad central y alteraciones del metabolismo; en comparación a los varones que presentaban en su mayoría hipertensión arterial y daño vascular. ⁽¹⁷⁾

En el Estado de México, este problema de salud ha aumentado su frecuencia en todos los grupos poblacionales, con un 47.7% en hombres y mujeres 42.6% (Instituto de Salud del Estado de México [ISEM], 2010). ⁽¹⁴⁾

En la población infantil en edad entre cinco y 11 años, 31.5% (30.8% para hombres y 32.3% para mujeres) presenta sobrepeso y obesidad. Tal porcentaje en las zonas urbanas representa 33.8%, mayor casi 14 puntos porcentuales que en las localidades rurales (20.2%). Estos datos ubican a esta entidad como la de mayor prevalencia en el país. Así, en el país la problemática del sobrepeso, se ha convertido en uno de los retos para la salud más importantes (Poder Ejecutivo del Estado de México [PEEM]), 2012). ¹⁴

El aumento del nivel de la prevalencia de obesidad en todo el mundo resulta en un aumento de la prevalencia del síndrome metabólico y posee implicaciones para el incremento de los patrones de la prevalencia de diabetes y enfermedad vascular, así como las complicaciones a largo plazo. ¹⁹

1.1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME METABÓLICO

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS (WHO)

Esta definición de síndrome metabólico requiere la alteración en el metabolismo de la glucosa; se incluye la presencia de micro albuminuria, Es la única organización que incluye este último parámetro en la definición. ⁽³⁾ (Tabla 1)

Criterios diagnósticos: Se considera que una persona con glucemia en ayunas anormal, con intolerancia a la glucosa o con diabetes tipo 2 tiene síndrome metabólico si se establece asociación con dos de los componentes anotados. ⁽³⁾ (Tabla 1)

Una persona con homeostasis normal a la glucosa tendrá síndrome metabólico si se confirma el diagnóstico de resistencia a la insulina por el modelo homeostático, además de dos de los otros componentes señalados. ⁽⁴⁾ (Tabla 1)

Trastornos en la homeostasis de la glucosa:

- Glucemia en ayunas alterada (GAA): 111 a 125 mg/dl.
- Diabetes mellitus (ADA): > 126 mg/dl.
- En la curva de tolerancia a la glucosa (ITG): 140-199 mg/dl a las 2 hrs.
- Diabetes Mellitus (OMS): > 200 mg/dl.

Resistencia a la insulina: Se utiliza la siguiente fórmula: HOMA IR = Insulina de ayuno (mu por ml) x (glucosa de ayuno (mg/dl)/18)/22.5).⁽⁴⁾

TABLA. 1 Criterios de Síndrome Metabólico: ⁽⁵⁾

Parámetro	1-OMS	2-ATP III Modificado	3- IDF	4-ALAD	5-CONSENSO DE ARMONIZACIÓN
Insulino resistencia	Requerido intolerancia a la glucosa <ul style="list-style-type: none"> ➤ o diabetes tipo 2 o captación de glucosa en cuartil inferior a la población y 2 de los siguientes:	No requerido 3 de los siguientes 5	No requerido	No requerido	No requerido 3 de los siguientes 5
Antropometría Hombres Mujeres	Relación cintura/cadera <ul style="list-style-type: none"> ➤ >0.90 ➤ >0.85 O IMC > 30 kg/m ²	Cintura >102 cm > 88 cm	Requerido Cintura aumentada según población y 2 de los siguientes	Requerido Cintura >94cm >88cm	Cintura según población
Lípidos Triglicéridos HDL Hombres Mujeres	> 150mg/dl < 35 mg/dl < 39 mg/dl	>150mg/dl < 40mg/dl < 50mg/dl	>150mg/dl o en tratamiento farmacológico <40mg/dl <50mg/dl o en tratamiento farmacológico	>150mg/dl o en tratamiento farmacológico o < 40mg/dl < 50mg/dl o en tratamiento farmacológico o	>150mg/dl o en tratamiento farmacológico <40mg/dl <50mg/dl o en tratamiento farmacológico

Presión arterial	>140/90mmHg	>130/85mmHg	>130/85mmHg o en tratamiento farmacológico	>130/85mm Hg o en tratamiento farmacológico o	>130/85mmHg o en tratamiento farmacológico
Glucosa	Intolerancia a la glucosa o DBT tipo 2	Glucemia en ayunas 100-125mg/dl	Glucemia en ayunas >100mg/dl	Glucemia en ayunas >100mg/dl Intolerancia a la glucosa o DBT	Glucemia en ayunas > 100mg/dl, o en tratamiento hipoglucemiante
Otros	Microalbuminuria> 20ug/min.				

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL COLESTEROL (NCEP-ATP III) MODIFICADO.

Ver tabla 1.

Definiendo síndrome metabólico por la asociación de 3 componentes cualesquiera. ⁽⁵⁾

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (IDF):

Ver tabla 1

Incluye como parámetro requerido el perímetro de la cintura, considerando niveles menores a los del ATP III. ⁽⁵⁾

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE DIABETES (ALAD):

Ver tabla 1

Al igual que la IDF la definición de la ALAD tiene un parámetro requerido que es:

- Obesidad central definida como Circunferencia de la Cintura en el hombre ≥ 94 cm y en la mujeres > 88 cm para los latinoamericanos. ⁽⁵⁾

CRITERIOS MODIFICADOS DEL AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY (AACE).

- ❖ Diagnóstico de enfermedad cardiovascular, hipertensión, síndrome de ovarios poliquísticos, o acantosis nigricans.
- ❖ Historia familiar de diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular e hipertensión.
- ❖ Historia de diabetes gestacional, o intolerancia a la glucosa.
- ❖ Etnia no caucásica.
- ❖ Estilo de vida sedentario
- ❖ Índice de masa corporal $> 25 \text{ kg/m}^2$ y/o perímetro de cintura > 40 pulgadas en hombres y 35 pulgadas en mujeres.
- ❖ Edad mayor de 40 años.⁽⁵⁾

CONSENSO DE ARMONIZACION:

Los valores de corte para cada parámetro se ven en la tabla 1.⁽⁵⁾

1.1.6 ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME METABÓLICO

El desarrollo de enfermedades crónicas como DM, HTA, dislipidemias, enfermedad coronaria y evento vascular cerebral, ha sido documentado ampliamente y muestra que la obesidad duplica o triplica el riesgo de padecer enfermedades crónicas.⁽²⁾

Epidemiológicamente, se sabe que las enfermedades no transmisibles causaron el 75 % del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Entre las principales muertes se ubican:

Enfermedad sistémica del corazón, DM tipo2, EVC, Cirrosis Hepática. El porcentaje de mortalidad atribuible a DM2 y HTA fue mayor a 17% del total de las enfermedades no trasmisibles en México durante 2006, las cuales tienen una importante asociación con la obesidad. (Stevens y col 2008).⁽⁶⁾

Tres de las enfermedades crónicas que forman parte del SM (enfermedad isquémica del corazón, DM2 y EVC) ocupan los primeros lugares como causa de muerte en México: representan 28.7% del total de defunciones. Más aún, al IMC elevado (indicador de sobrepeso y obesidad) se le atribuye 12.2% del total de muertes y 5.1% del total de vida perdida perdidos y ajustados por discapacidad. ⁽⁶⁾

Entre los principales factores de riesgo de muerte y discapacidad, también asociados con el SM, se encuentran: elevada concentración de glucosa en sangre, HTA, bajo consumo de frutas y verduras, sedentarismo y la hipercolesterolemia, en conjunto contribuyen con 36.5% al total de muertes y 11.2% del total de años con discapacidad. ⁽²⁾

1.1.7 OBESIDAD:

La prevalencia de obesidad es un factor de importancia que modifica la del síndrome metabólico. La asociación entre obesidad central y síndrome metabólico varía acorde al género. ⁽¹¹⁾

El sobrepeso y obesidad son reconocidas como uno de los problemas más importantes de Salud Pública en el mundo. Se estima que en la actualidad hay aproximadamente 1700 millones de adultos con sobrepeso y cerca de 312 millones con obesidad; casi 100 millones de estadounidenses tienen sobrepeso u obesidad, la cifra se duplica en la Unión Europea (WHO 2004); en México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT), Gutiérrez et al., 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes en mujeres aumento de 33,4 a 35.8% y en hombres creció 34.1%. En el grupo de mayores de 20 años en mujeres, el porcentaje pasó de 71.9 a 73% y en hombres a 69.4%. ^(13,14)

En la actualidad 39.5% de hombres y las mujeres tienen sobrepeso, y 31.7% obesidad; es decir, aproximadamente 70% de la población adulta tiene una masa corporal que puede considerarse inadecuada (con un IMC superior a 25 kg/m²). Esta condición ha ubicado a México en el primer lugar de prevalencia mundial. ⁽¹³⁾

Valor IMC	Interpretación (en >18 años)
< 18	Desnutrición
18-24.9	Normal
25-29.9	Sobrepeso
30-34.9	Obesidad grado 1
35-39.9	Obesidad grado 2
>40	Obesidad grado 3 ó Severa

Utilizando el criterio de obesidad por circunferencia de cintura, 75.8% de los adultos mexicanos tienen obesidad es 46% más alta en mujeres (35.5%) que en hombres (24.3%), sin embargo la prevalencia agregada (sobrepeso y obesidad) es sólo 6.9% mayor en mujeres (Barquera y col.2008).⁽⁷⁾

Entre las principales condicionantes de la obesidad destacan las siguientes: a) la dieta: tanto en contenido energético como en composición; b) comer fuera de las comidas principales: picar y comer entre comidas, alimentos altamente energéticos) consumo excesivo de bebidas azucaradas. d) falta de actividad física en general y de un deporte en particular e) factores genéticos; los individuos no se comportan de la misma manera en relación al aumento de peso; f) Comportamiento social y cultura; estilos de vida, hábitos alimenticios, que dependen directamente de la influencia familiar.⁽¹⁰⁾

Las consecuencias que pueden darse por padecer obesidad, son; a corto plazo, las alteraciones psicosociales las más frecuentes; a mediano plazo, la obesidad está asociada con complicaciones específicas; 1) Autoestima baja, la cual puede agravar la obesidad. 2) Desórdenes depresivos, 3) Apnea del sueño a causa de la obstrucción de las vías respiratorias superiores, 4) Miocardiopatía, 5) Pancreatitis, 6) Esteatohepatitis no alcohólica, 7) Hipertensión, 8) Aterosclerosis entre otros padecimientos importantes.⁽¹⁴⁾

1.1.8. DIABETES

Se estima que en el mundo existen alrededor de 143 millones de personas con diabetes y se prevé que esta cifra se eleve a 300 millones para el año 2025. La causa de este aumento es el envejecimiento de la población y la urbanización de las sociedades que favorecen hábitos de vida poco saludables. Respecto al comportamiento de esta enfermedad en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2. Este incremento en la prevalencia de la diabetes ha motivado que sea considerada una verdadera epidemia. ⁽¹⁸⁾

En nuestro país 90% de las personas con diabetes, padece el tipo 2; la incidencia de este tipo aumenta con la edad (10% más para las que se ubican entre la década de los 60 a 70 años; 12%) entre 70 y 80, y 17% para los mayores de 80 años, en comparación con la población menor de 60). ⁽¹⁸⁾

La diabetes inicia con el incremento de peso que ocurre algunos años antes del diagnóstico, el cual se relaciona con la resistencia a la insulina y la consecuente hiperglucemia (la concentración de glucosa en sangre aumenta al principio sólo después de ingerir alimentos y años después aun en estado de ayuno). ⁽⁸⁾

La diabetes triplica el riesgo de aterosclerosis originada por infartos de miocardio y embolias cerebrales; es la principal causa de insuficiencia renal, ceguera, amputaciones no traumáticas, hospitalizaciones e incapacidad prematura, lo cual explica 30% de la mortalidad general. ⁽⁸⁾

La importancia de poder identificar personas con Síndrome Metabólico es en sujetos sin diabetes, y el probable aumento de mayor riesgo cardiovascular en sujetos con diabetes si presentan otros componentes, aspecto que a la fecha es muy conocido. ⁽⁸⁾

1.1.9 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Los factores de riesgo cardiovascular son responsables de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, incluido México. Actualmente se sabe que casi la mitad de las muertes por estas enfermedades se producen de manera prematura en adultos menores de 70 años y que una cuarta parte de esas defunciones corresponde a personas de menos de 60 años. ⁽²⁾

Cada año mueren alrededor de 17 millones de personas en el mundo por enfermedad cardiovascular, cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco, un EVC. Asimismo, al año muere aproximadamente entre 1.5 y 5% de los hipertensos por causas relacionadas directamente, con hipertensión arterial sistémica. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; su mortalidad es 20% más alta que en las mujeres, siendo los mayores de 65 años los más afectados. ⁽²⁾

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa de muerte en el país, tanto en mujeres como en hombres. Destacando la cardiopatía isquémica, responsable de más de la mitad de defunciones ocasionadas por este tipo de padecimiento. ⁽²⁾

Las posibles causas que se han considerado para su prevalencia son: a) erradicación de enfermedades infecciosas, b) aumento en el consumo de cigarrillos y, c) incremento en la prevalencia de obesidad y diabetes mellitus tipo 2. ⁽²⁾

El estudio de Framingham es el que más ha aportado conocimiento en definir los factores de riesgo asociados al infarto de miocardio.¹ Desde el ATP III, se tiene como criterio una TA >130/85 mm Hg. Aunque este nivel puede parecer arbitrario, surge de creciente evidencia, que demuestra riesgo cardiovascular desde niveles de TA menores que las requeridas para diagnosticar hipertensión arterial (HTA). El riesgo de EVC inicia con TA de 115/75 mm Hg, y con cada incremento de 20 mm Hg en la presión sistólica o 10 mm Hg en la presión diastólica, se duplica el riesgo cardiovascular. ⁽⁴⁾

1.10. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME METABÓLICO

Prevención Primaria.

Se proponen dos tipos de estrategias:

1.-En la población general para evitar y controlar el establecimiento del síndrome metabólico como factor de riesgo tanto de diabetes como enfermedad cardiovascular. Varios factores de riesgo cardiovascular son modificables tales como obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo y nutrición inapropiada. Las acciones deben ejecutarse a nivel no solo médica, sino con la participación de la comunidad y autoridades sanitarias, uso de medios de comunicación (radio, prensa, tv.)⁽⁴⁾

2. En la población con alto riesgo de padecer diabetes para evitar la enfermedad se propone: educación para la salud a través de folletos y revistas, boletines, prevención y corrección de la obesidad promoviendo consumo bajo de azúcares refinados, bajo contenido graso y alta en fibra. Evitar uso de corticoides, estimulación de actividad física.¹⁴

En el estudio de los descendientes de los individuos de Framingham; la mayor ingesta de granos y fibra mostró asociaciones con menor frecuencia de síndrome metabólico.⁽²⁾

Evitar el tabaco, reduce hasta un 5 y 10% el peso corporal, lo cual se acompaña de una reducción de un 30% de la grasa visceral.⁶

Esta reducción mejora la sensibilidad a la insulina, el perfil lipídico y la disfunción endotelial, a la vez que disminuye la hipercoagulabilidad y la inflamación crónica subclínica.⁽⁶⁾

Programas de prevención de diabetes en distintos países han demostrado una reducción en su incidencia entre el 30 y 60% a tres años en individuos que adhirieron a medidas de cambios de estilo de vida. Si bien no ha sido evaluado el beneficio de esta intervención en la prevención de eventos cardiovasculares en individuos con el síndrome metabólico, la intervención intensiva en el estilo de vida en diabéticos tipo 2.⁽⁶⁾

Terapia Farmacológica.

Un panel de expertos de la Asociación Americana de Diabetes recomienda el uso de metformina en estados pre diabético una vez que los cambios en el estilo de vida no han sido suficientes para lograr las metas del tratamiento. ⁽³⁾

La metformina como fármaco insulino sensibilizador, han demostrado prevenir cerca del 30% de los casos de diabetes a tres años en prediabéticos, siendo benéfica en sujetos más jóvenes, más obesos y con componentes del síndrome metabólico. ⁽⁴⁾

Las tiazolidinedionas rosiglitazona y pioglitazona producen una mejoría al disminuir la lipotoxicidad, pero incrementan el riesgo de falla cardiaca, así como eventos cardiovasculares, y no son recomendadas por todas las sociedades científicas. ⁽⁵⁾

La acarbosa demostró disminuir el riesgo de diabetes en un 25% a tres años. En prediabéticos reducción cercana al 50% en eventos cardiovasculares, sus efectos secundarios principalmente gástricos han limitado su uso. ⁽⁵⁾

El Orlistat ha demostrado prevenir diabetes en un 45% en individuos susceptibles, sin embargo su uso es limitado por la mala tolerabilidad. ⁽⁴⁾

El empleo de distintas terapias hipolipemiantes y antihipertensivas como estatinas e inhibidores de la enzima convertidora y del receptor de angiotensina, han demostrado disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares en sujetos con síndrome metabólico. Aparentemente, las estatinas aumentan ligeramente el riesgo de diabetes. ⁽⁷⁾

En casos de obesidad mórbida y/o refractaria al tratamiento médico, el uso de cirugía bariátrica ha demostrado reducir el riesgo de diabetes en un 83% y la mortalidad, en 29% a 15 años. ⁽⁴⁾

En individuos en quienes modificaron estilo de vida con dieta y ejercicio, se observó a lo largo de un año, que un 31 % lograron normalizar los componentes del síndrome metabólico. ⁽⁶⁾

El diagnóstico del síndrome metabólico es de gran trascendencia pronóstica y no debe ser considerado como banal, porque sitúa al individuo que lo presente en un riesgo aumentado de complicaciones. ⁽⁵⁾

A cinco años, el riesgo de presentar diabetes aumentó en cerca de 4 veces en comparación con un grupo control. En relación a los eventos cardiovasculares, la presencia del síndrome metabólico se asoció con un aumento del 50% en el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular en hombres, en mujeres el incremento fue cercano al 100% en un seguimiento de 11 años. En ambos géneros los componentes que se asociaron con mayor fuerza a los eventos cardiovasculares son la hipertensión arterial y el HDL bajo.^{2. (4)}

2.2.1 AUTOESTIMA DEFINICIÓN:

La autoestima se define como la confianza y el respeto por sí mismo, reflejando el juicio implícito de la habilidad que tenemos para enfrentar los desafíos de la vida y asumir el derecho a ser feliz.⁽¹⁹⁾

Es sentirse valioso, con la capacidad necesaria para enfrentar con ahínco los retos de la vida, sin menoscabo de los fracasos, ya que la actitud con que se enfrentan permitirá un mayor desarrollo personal. Es la clave más importante en la que radica el éxito o fracaso de una persona. (Irigoyen-Coria)⁽¹⁹⁾.

“La autoestima es la reputación que adquirimos frente a nosotros mismos”. (Irigoyen-Coria)¹⁹.

Condiciona el aprendizaje, supera las dificultades personales, fundamenta la responsabilidad, apoya la creatividad, determina la autonomía personal, posibilita una relación social saludable y garantiza la proyección futura de la persona. (Villegas).⁽¹⁹⁾

Coopersmith refiere a la autoestima como la “autoevaluación que el individuo hace y mantiene cotidianamente, con respecto a sí mismo, o sea expresiones y actitudes, de aprobación o desaprobación, indica la amplitud de la cual el individuo se cree capaz, importante, feliz y digno”.⁽¹⁹⁾

Nathaniel Braden, la define: “La autoestima, plenamente consumada, es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente, podemos decir que la autoestima es lo siguiente:⁽²⁰⁾

1. La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.
2. La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestro esfuerzos”.⁽²⁰⁾

El **enfoque actitudinal** se basa en la idea de que el self puede ser tratado como un objeto de atención, como cualquier otra cosa o probabilidad. Del mismo modo que tenemos reacciones cognitivas, emocionales y conductuales hacia otros objetos, también podemos tenerlas hacia nuestro self. ⁽²¹⁾

El segundo tipo de definición es desarrollado por los científicos sociales, comprenden la autoestima en términos de actitud, pero de un modo más sofisticado. Esta vez se define a la autoestima como la relación entre diferentes muestras de actitudes. La diferencia entre las actitudes propias hacia los sueños y logros o la diferencia entre el self real y el self ideal, es la diferencia más común que adopta ésta definición en la literatura. ⁽²¹⁾

La tercera forma de definir la autoestima se centra en las respuestas psicológicas que la persona sostiene de su self. Estas respuestas se describen normalmente como de naturaleza afectiva o basadas en sentimientos, es decir positivo versus negativo, o aceptación versus rechazo. ⁽²¹⁾

Por último la autoestima puede verse como una función o componente de la personalidad. En éste caso la autoestima se considera como parte de uno mismo o sistema del self, normalmente la vinculada a la motivación y/o autorregulación. (Mruk) ⁽²²⁾

Es un complejo y dinámico sistema de percepciones, creencias y actitudes de un individuo sobre sí mismo. Es un factor de la personalidad que marca los caminos al éxito o de los fracasos de cada persona. La persona que tiene una autoestima elevada tiene muchas probabilidades de triunfar y en general puede sentirse muy feliz. ⁽²²⁾

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (Huerta) ⁽²³⁾

Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar

La homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio. (Huerta) ⁽²³⁾

La familia toma una importancia fundamental en el contexto social del individuo para el desarrollo y mantenimiento de un nivel de autoestima.

Los patrones que reflejan la influencia acumulativa de las propias capacidades, de los factores ambientales favorables o desfavorables (entorno familiar) y el grado de ansiedad presente en la propia vida, se superponen con el transcurso del tiempo. (Mruk). ⁽²²⁾

Los procesos evolutivos alcanzan el punto en el cual el individuo responde característicamente de un modo que se asocia a autoestima alta o baja. La autoestima es un fenómeno evolutivo, que entra en juego con el transcurso del tiempo. (Mruk). ⁽²²⁾

Es un factor de la personalidad que marca los caminos al éxito o de los fracasos de cada persona. La persona que tiene una autoestima elevada tiene muchas probabilidades de triunfar y en general puede sentirse muy feliz. ⁽²³⁾

2.2.2 AUTOEFICACIA Y AUTODIGNIDAD:

Son los pilares duales de la autoestima positiva. La experiencia de la autoeficacia genera el sentido de control sobre la propia vida, que asociamos con el bienestar psicológico, la sensación de estar en el centro vital de la propia existencia, a diferencia de un espectador pasivo o víctima de los acontecimientos. ⁽²⁴⁾

La existencia de la auto dignidad la percepción de nosotros mismos como personas para quienes el logro, el éxito, el respeto, la amistad y el amor con apropiados. ⁽²⁴⁾

Es sentirse valioso, con la capacidad necesaria para enfrentar con ahínco los retos de la vida, sin menoscabo de los fracasos, ya que la actitud con que se enfrentan permitirá un mayor desarrollo personal. Es la autoestima; la clave más importante en la que radica el éxito o fracaso de una persona. (Irigoyen-Coria, 2002). ⁽²⁵⁾

“La autoestima es la reputación que adquirimos frente a nosotros mismos”. (Irigoyen-Coria, 2002). ⁽²⁵⁾

2.2.3 DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA:

El desarrollo de la autoestima se forma cuando los niños y adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos:

Vinculación: resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también ven como importantes. ⁽²⁵⁾

Singularidad: resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades. ⁽²⁵⁾

Poder: consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa. ⁽²⁵⁾

Modelos o pautas: puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos, y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios. ⁽²⁵⁾

Son los padres, sobre todo la madre, las primeras personas con las que el niño tiene un contacto estrecho, es obvio que esta interacción es clave para el desarrollo del concepto personal del niño". ⁽²⁴⁾

El trato de los padres puede infundir confianza y valía en el niño, o bien desconfianza, temor y desvalorización de sí mismo. Esta fortalece cuando el niño es querido y aceptado. ⁽²⁴⁾

Según Coopersmith, los niños toman imágenes de sí mismas, basadas en la forma en que son tratados por personas allegadas que le son significativas, como los padres, maestros, maestras compañeras y compañeros. ⁽²³⁾

El nivel de autoestima en el niño se relaciona con tres condiciones:

1. debe haber una total aceptación del niño y niña por parte de los padres.
2. es necesario que reciban instrucciones claras y definidas evitar ambigüedades debe haber respeto por su individualidad. ⁽²³⁾

Un padre con autoestima baja espera fracasar en la vida, anticipa rechazo; es débil y pasivo, les quita oportunidad a los hijos de enfrentarse a la vida con seguridad. ⁽²³⁾

ERIKSON ha planteado las ocho etapas del desarrollo psicosocial, por los cuales se puede comprender la forma en que se adquiere la autoestima. ⁽²⁴⁾

Etapas de “confianza básica contra desconfianza” en esta etapa la autoestima queda conformada. Las crisis, depresiones, y ansiedades serán constructivas y ni destructivas. En esta etapa el niño está para recibir, no para dar. ⁽²³⁾

En la segunda etapa el niño se da cuenta de que puede dar, empieza a tener autocontrol y fuerza de voluntad. ⁽²³⁾

Etapas lúdicas de los 4 a 6 años dirige su voluntad a su propósito (juego), hace y deshace, construye y destruye, compone y descompone, todo esto le va produciendo seguridad. ⁽²³⁾

Etapas de “industria contra inferioridad”. Aquí su autoestima los lleva a ser responsable, cooperativo, en grupo, despierta su interés por aprender (es importante reforzar cada logro que se tenga). ⁽²³⁾

Etapas de identidad etapa de crisis en donde se cuestionan etapas anteriores, la persona se vuelve egoísta solitaria cambia de carácter algunas veces está feliz, otras enojada. Puede aclarar, recuperar y fortalecer su autoestima, darle comprensión, respeto y ayuda le facilitará. ⁽²³⁾

Etapas de intimidad contra aislamiento. La persona es madura y busca trascender, son creativas productivas, consolidan su familia. Total proyección del ser humano a relacionarse. Pueden existir personas no creativas ni productivas, autoestima BAJA con todas sus consecuencias. ⁽²³⁾

Etapas de integridad contra desesperación en esta etapa se lleva a cabo la integración de todas las anteriores. Aquí la fe, la seguridad, armonía, espiritualidad y el orden dan sus frutos; los valores supremos, de amor, bondad, paciencia, el individuo viven más consiente y pleno. ⁽²³⁾ **En la adolescencia** se ve afectada esta etapa por los sentimientos de inseguridad que le producen: desarrollo tardío, atractivo físico, clase social de la familia, zona de residencia, pertenencia a una minoría étnica o religiosa. ⁽²³⁾

Virginia Satir afirma que los sentimientos positivos solo pueden florecer en ambiente donde se toman en cuenta las diferencias individuales, se toleran los errores, la comunicación es abierta y las reglas son flexibles. ⁽²²⁾

2.2.4 COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA:

Para Murk y Alcántara la autoestima tiene tres componentes, ellos son:

- ❖ **Cognitivo:** se refiere a la opción que se tiene de la propia personalidad y de las conductas. ⁽²²⁾
- ❖ **Afectivo:** las ideas y creencias conscientes o inconscientes generan emociones y sentimientos ante experiencias y sucesos determinados de nuestras vidas. Esta dimensión conlleva a la valoración de los que hay entre nosotros de positivo y negativo como el agrado-desagrado, placer-dolor, relajación-ansiedad, amor-odio, seguridad- inseguridad, miedo-valor. ⁽²²⁾
La dimensión afectiva de la autoestima es sentirse a gusto o a disgusto consigo mismo. ⁽²²⁾
- ❖ **Conductual:** autoafirmación y a la autorrealización dirigida hacia el llevar a la práctica un comportamiento consecuente, lógico y racional. ⁽²²⁾

2.2.5 VALORES DE LA AUTOESTIMA:

Se consideran la base de la autoestima:

- ❖ **Valores corporales:** estimar nuestro cuerpo, aceptarlo con nuestras limitaciones y defectos. ⁽¹⁹⁾
- ❖ **Capacidad sexual:** sentirse orgulloso del sexo que se posee, con ello será necesario aprender a vivir con responsabilidad nuestra sexualidad humana. ⁽¹⁹⁾
- ❖ **Valores intelectuales:** son los más duraderos, debemos identificar los talentos propios de la inteligencia pues de esta manera se llega al aprecio y valoración afectiva del mismo. ⁽¹⁹⁾
- ❖ **Valores estéticos y morales:** el primero se refiere al amor, a la belleza, identificar nuestras inclinaciones y habilidades con la pintura, la danza. El segundo se refiere a las normas de la sociedad, prudencia, fortaleza, paz,

Libertad, responsabilidad, tolerancia cooperación solidaridad, respeto a los demás, rechazo a la discriminación. ⁽¹⁹⁾

- ❖ **Valores afectivos:** sentimiento propio del ser humano, compasión alegría, esperanza audacia, serenidad, amor ⁽¹⁹⁾

Dos son los pilares de una autoestima en edad escolar:

1. Rendimiento académico
2. Ser exitosos en las relaciones con los grupos de amigos de la misma edad, ya sea individual o en su conjunto ⁽¹⁹⁾

2.2.6 FACTORES QUE DAÑAN LA AUTOESTIMA:

- ❖ Ridiculizar o humillar
- ❖ Castigo por expresar sentimientos inaceptables (llorar, encolerizarse)
- ❖ Transmitirle la idea de que es incompetente
- ❖ Transmitirle que sus sentimientos y pensamientos no tienen valor
- ❖ Intentar controlarlo por medio de culpa o vergüenza
- ❖ Educar sin asertividad y empatía
- ❖ Maltratarlo moralmente
- ❖ Uso del miedo como recurso disciplinario. ⁽¹⁹⁾

2.2.7 GÉNERO Y AUTOESTIMA:

Está consensuado que el género es capaz de influir en cierto grado sobre la autoestima y que ésta influencia se produce en una dirección razonablemente predecible. En términos de la estructura en general, las mujeres de nuestra sociedad parecen inclinarse hacia el componente de merecimiento de la autoestima (ser valoradas en términos de aceptación o rechazo) y los hombres tienden a inclinarse hacia la dimensión de competencia (éxito o fracaso). ⁽²⁴⁾

El sexismo daña la autoestima en ambos géneros. ⁽²⁴⁾

2.2.8 FACTORES, RACIALES ÉTNICOS Y ECONÓMICOS QUE AFECTAN LA AUTOESTIMA:

Los factores étnicos, raciales o económicos como la discriminación o la falta de oportunidad tienen un efecto para la autoestima de varios grupos. Es decir, aunque la discriminación racial, étnica (incluido el entorno religioso) y económica pueden impactar negativamente sobre la autoestima, su influencia es mitigada por la identificación con los grupos de referencia primarios y con sus valores. Es decir, siempre que un individuo satisfaga los criterios de éxito dentro de su grupo subcultural o primario, la autoestima puede existir o incluso florecer. Esta puede ser la razón por la cual muchos individuos originarios de entornos increíblemente pobres obtienen y mantienen autoestima alta. Los mismos factores parecen estar en juego en términos de pobreza o autoestima más que las fuerzas externas amplias y generales. ⁽²¹⁾

Cuando un grupo de personas comparte aspiraciones idénticas al grupo dominante en una cultura y cuando los factores sociales discriminativos, limitan a un grupo más que a otro para el logro de tales metas, entonces la autoestima sufre en la dirección esperada. La principal fuerza en éste caso sería el hecho de que el grupo minoritario reciba menos apoyo para el éxito y/o encuentre obstáculos adicionales que superar. (Mruk,) ⁽¹⁹⁾

2.2.9 AUTOESTIMA BAJA COMO FACTOR DE RIESGO:

Un adulto que ha desarrollado autoestima baja, es aquel que no se siente valioso, ni merecedor de amar y ser amado, tener éxito, estar sano, o tiene claro conocimiento de sí y en consecuencia, su autoconcepto es pobre, no se acepta y no practica el autorespeto “ no podemos ofrecer nuestras propias carencias”, en consecuencia todo esto se verá reflejado en sus relaciones interpersonales con su pareja, familia y en su trabajo, en las dificultades para alcanzar el éxito y en los obstáculos que se pone así mismo para no ser feliz.

También le genera angustia y un estado de estrés crónico que no le permite desenvolverse con tranquilidad y éxito. ⁽²³⁾

En el enfoque biopsicosocial la autoestima baja es un factor de riesgo para la presentación, mala evolución o perpetuación de diversas enfermedades, básicamente debido al estrés crónico que genera una respuesta neuroendocrina sostenida, que favorece patologías no solo psicosomáticas sino además otras que no los son, como la diabetes, y la hipertensión arterial; así como otras entidades que forman parte del síndrome metabólico, obesidad central, resistencia a la insulina, dislipidemias; las alteraciones en la respuesta inmune ocasionadas por estado de ansiedad o depresivas crónicas se han asociado con la presentación de patología neoplásica ⁽²⁶⁾

Incluso gran parte de la patología social está relacionada con la autoestima baja como:

- Violencia intrafamiliar
- Adicciones
- Prostitución
- Delincuencia
- Pobreza ⁽²⁶⁾

3.3.1 REESTRUCTURACION DE LA AUTOESTIMA:

La base de la reestructuración de la autoestima es el autoconocimiento y éste solo se puede dar a medida que el ser humano vaya tomando conciencia de sí mismo, dependiendo de características particulares, madurez y recursos personales, gracias al análisis de estos factores será posible transformar el ámbito clínico, a un paciente con autoestima baja en alta. ¹⁹

Autoconocimiento autoconcepto autoevaluación autoaceptación autorespeto autoestima:

1. **Autoconocimiento:** comunicación interior enfocada a conocer nuestras debilidades y fortalezas, cualidades y defectos, recursos y carencias, encaminadas a identificar mis necesidades y como están o no siendo satisfechas: "cuando aprendemos a conocernos, en verdad vivimos" ¹⁹

2. **Autoconcepto:** son las creencias y pensamientos que se forman con base a lo que creemos que somos. Depende la actitud que asumo ante el mundo, si me creo inteligente y capaz así actuaré. “La profecía autocumplida”, si mis padres y maestros me dicen que soy torpe, tonto, intolerable, terminaré por interiorizarlo y haré todo posible por demostrarlo. “dale al hombre una autoimagen pobre y acabará siendo un siervo”¹⁹.
3. **Autoevaluación:** después de formarnos un concepto de nosotros mismos vamos a hacer una evaluación y dependiendo de que no es encontremos valiosos o devaluados será nuestros sentimientos de ser merecedores de estar sanos o enfermos, de tener éxito o fracaso, importante que la autoevaluación sea objetiva, amable y positiva.¹⁹
4. **Autoaceptación:** dependiendo del autoconcepto es la autoaceptación, por lo que es importante seguir con una actitud positiva y bondadosa hacia nosotros mismos.
5. **Autorespeto:** después de aceptarnos es posible respetarnos, respetar nuestros sentimientos, pensamientos, lo que soy, lo que tengo o no, respetar mis necesidades, los mensajes de mi cuerpo, sin juzgar ni criticar, no sentirse culpable. Cuando se aprende a respetarse a una mismo se aprende a respetar a los demás.¹⁹
6. **Autoestima alta:** es el resultado final cuando todo este proceso ha con plena conciencia, objetividad, buena voluntad, aprendiendo constantemente a amarnos a nosotros teniendo en todo momento presente que “nadie tiene obligación de amarme, el único que tiene esa obligación, soy yo”.¹⁹

Es nuestra competencia como médicos familiares detectar al paciente con autoestima baja, orientándolo en la reestructuración de su autoestima. Solicitando alternativas como la psicoterapia en sus enfoques humanista, cognoscitiva, Gestal, psicoanalista y la programación neurolingüística, para así llevar al paciente a un mejor autocuidado.¹⁹

3.3.2 MEDICIONES (ENCUESTAS/TEST DE AUTOESTIMA)

Según ascendemos en la jerarquía metodológica, nos encontramos con el método más frecuentemente utilizado en la investigación sobre autoestima. Los sujetos pueden ser sometidos a un test, observados o invitados a participar en situaciones de laboratorio y después pueden efectuarse retest para establecer comparaciones y correlaciones con diversos tipos de conducta o situación. La autoestima alta y baja es la comparación más frecuente, pero los investigadores también estudian los correlatos conductuales de la autoestima media y defensiva. (Mruck, 1999).⁽²²⁾

Medir la autoestima es muy importante porque si éste campo quiere lograr un mayor grado de fiabilidad y validez, entonces debe tratar de demostrar relaciones observables, es decir medibles entre la autoestima y los tipos de conducta que tiene el individuo⁽²⁷⁾

3.3.3 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA

La versión para adultos de 1975 del inventario de autoestima de Coopersmith es un cuestionario de auto informe con 25 ítems de elección obligada. Al sujeto se le presentan cuestiones directas y se le pide que responda indicando si la afirmación es como yo o diferente a mí. O las respuestas pueden ser para su mayor comprensión como me describe o no me describe La puntuación de un sujeto se compara con una muestra de buen tamaño y es interpretada en métodos de intervalos de autoestima alta, baja o media.⁽²⁷⁾

Las virtudes de éste instrumento incluyen el hecho de ser coherente con el modelo de investigación de autoestima (validez de constructo) de Coopersmith (1967) y la presencia de cierta validez de contenido en términos de cuestiones relacionadas con lo que sabemos sobre la autoestima (especialmente en términos de merecimiento) así como la relativa facilidad con que se administra, puntúa e interpreta en entornos individuales y grupales. Existe también un cuerpo de investigaciones independientes sobre la aplicación de éste instrumento que confirman su credibilidad.⁽²⁷⁾

El Inventario de autoestima de Coopersmith inicialmente está conformado por 25 ítem los cuales se aplican: ⁽²⁷⁾

Inventario de Autoestima Stanley Copersmith Versión Adultos , aplicación individual, duración del cuestionario aproximadamente 15-20 minutos, niveles de aplicación mayores de 16 años, teniendo como finalidad medir las actitudes valorativas hacia el sí mismo, hacia las áreas personal, Familiar y Social de la experiencia de un sujeto. ⁽²⁷⁾

Puntaje y calificación El cuestionario está compuesto por 25 ítems generaran un puntaje total así como puntajes separados en tres áreas: ⁽²⁷⁾

- I. SÍ MISMO GENERAL: el cual refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su auto percepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas. ⁽²⁷⁾
- II. SOCIAL: Se encuentra construidos por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros y amigos así como sus referentes a la vivienda en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional. ⁽²⁷⁾
- III. FAMILIAR: Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/ o experiencias en el medio familiar en relación a la convivencia. ⁽²⁷⁾

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 (cuatro) 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 o falso. Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas se procede a la calificación, el porcentaje se obtiene sumando el número de ítem respondido en

forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por 2 (4), siendo al final puntaje máximo de 100.⁽²⁷⁾

CLAVE DE RESPUESTA:

ITEMS verdaderos 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19,20.

ITEMS falsos 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17,18, 21,22, 23, 24, 25.

SUB ESCALAS:

I.SÍ MISMO GENERAL: (13) ítems 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,14,15.

II.SOCIAL: (6) ítems 2, 5, 6, 8, 14, 17,21.

III. FAMILIAR: (6) ítems 6, 9, 11,16, 20 ,22.

CATEGORÍAS:

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

De 0 a 24 Nivel de autoestima bajo

25 a 49 Nivel de autoestima medio bajo

50 a 74 Nivel de autoestima medio alto

100 Nivel de autoestima alta⁽²⁶⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se ha observado en la población mexicana el incremento de enfermedades crónicas como el síndrome metabólico, en donde la vida sedentaria, los malos hábitos alimenticios, la edad, factores genéticos, factores ambientales, así como una baja autoestima influyen en el mal apego a tratamiento, por consecuencia un mal control de los niveles de glucosa, triglicéridos, obesidad central, cifras elevadas de presión arterial, lo que trae consigo complicaciones de estas enfermedades y mala calidad de vida para el paciente.

Una autovaloración personal especialmente negativa puede aumentar nuestra vulnerabilidad a determinados trastornos y enfermedades, y tener repercusiones importantes en nuestra salud, tanto física como psicológica. La autoestima puede vincularse a patologías y manifestaciones tan diversas como la depresión, la ansiedad, la anorexia, el insomnio, los trastornos de personalidad, la inestabilidad emocional, el retraimiento social.¹²

Las personas con baja autoestima presentan evitación de aquello que pueda producir ansiedad, bajo rendimiento, potencial infrautilizado, decepción, desinterés, desmotivación, pasividad, frustración, culpa, justificación, dependencia, inseguridad, indecisión, sentimientos negativos de no ser valorado, inestabilidad emocional, ansiedad, depresión, sensación de estrés, pesimismo, desconfianza, inseguridad, sensación de dejarse llevar por los demás, retraimiento, agresividad y relaciones deficientes. Todo esto afecta directamente en el estado de ánimo del paciente y hace que las enfermedades duren y tengan mayor afectación.¹⁶

En base a todo esto nos planteamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de autoestima en pacientes con síndrome metabólico en el Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios “Nezahualcóyotl”?

5. JUSTIFICACION

A nivel mundial el síndrome metabólico se menciona una estadística de prevalencia entre el 20 a 40 % de la población con variación en diferentes países.

De acuerdo a la OMS el síndrome metabólico varía de 6.7% en edades de 20 años y un 43.5% en los mayores de 60 años no se han reportado diferencias por sexo (23.4% en mujeres y 24% en hombres).

En México el síndrome metabólico es el principal problema de Salud. Cobra mayor importancia como factor de riesgo para desarrollar diabetes y eventos cardiovasculares, siendo las dos primeras causas de muerte en nuestro País.

Sabemos la trascendencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles, las cuales no se encuentran solas, esto las hace que sus alteraciones y complicaciones se presenten cada vez más tempranas.

En el Estado de México, este problema de salud ha aumentado su frecuencia en todos los grupos poblacionales, con un 47.7% en hombres y en mujeres 42.6% (Instituto de Salud del Estado de México 2010).

La incidencia es mayor en zonas urbanas (33.8%), que en las localidades rurales (20.2%).

También es importante conocer cuál es el nivel de autoestima que presentan los pacientes con síndrome metabólico debido a que muchas veces la baja autoestima se vincula con alteraciones como falta de apego al tratamiento, o mala respuesta al mismo.

Los factores así asociados con la autoestima, como el incremento de la autonomía, una mayor apertura a las alternativas y una mayor seguridad en las propias percepciones y habilidades, nos predisponen a resultados favorables en el manejo de problemas, retos y oportunidades.

Por toda esta problemática que representa manejar a este tipo de pacientes surge la necesidad de realizar un estudio dentro de la institución, en el cual se conozcan los niveles de autoestima en pacientes con síndrome metabólico, y conocer si la autoestima baja se relaciona directamente con el control de la enfermedad en nuestros pacientes, para realizar estrategias que ayuden a esta población y poder prevenir complicaciones tempranas.

6. OBJETIVOS.

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de autoestima en los pacientes con síndrome metabólico que acuden a la Consulta externa del Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios “Nezahualcóyotl”.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Clasificar por grupos etáreos a los pacientes con Síndrome metabólico.
- b) Identificar cuántos pacientes con síndrome metabólico presentan autoestima significativamente baja.
- c) Identificar cuántos pacientes con síndrome metabólico presentan autoestima media baja
- d) Identificar cuántos pacientes con síndrome metabólico presenta autoestima media
- e) Identificar cuántos pacientes con síndrome metabólico presentan autoestima media alta
- f) Determinar la frecuencia de pacientes con síndrome metabólico con autoestima significativamente alta.

7. METODOLOGIA.

7.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

7.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Se realizó el estudio a pacientes derechohabientes en el Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios “Nezahualcóyotl”, con el diagnóstico de Síndrome Metabólico, con un rango de edad mayor de 20 años, hombres y mujeres que acuden a la Consulta externa en el consultorio No 7 de Medicina Familiar ubicado en Avenida San Juan s/n., Col. Ampliación Vicente Villada, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. En un periodo comprendido del 1ro de junio 2013 al 1ro junio 2014.

7.3 TIPO DE MUESTRA:

No Probabilística, por conveniencia.

7.4 TAMAÑO DE MUESTRA:

Se realizó el estudio a 80 personas las cuales, pertenecían a la clínica de consulta externa consultorio No. 7 del Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios “Nezahualcóyotl”, con diagnóstico de Síndrome metabólico, cotejado con expediente, los cuales cumplían con los criterio de selección.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 20 años con el diagnóstico de síndrome metabólico que acudan a la consulta externa del Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios “Nezahualcóyotl”, en el periodo comprendido del 1º junio 2013 a 1º junio 2014.
- Pacientes que autoricen y firmen el consentimiento informado para su participación en el estudio.
- Pacientes que hayan completado el cuestionario aplicado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no presenten síndrome metabólico
- Pacientes que además de presentar síndrome metabólico presenten otra psicopatología, o trastornos afectivos.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento neurológico.
- Pacientes que padezcan alguna discapacidad mental.
- Pacientes que no llenen el consentimiento informado.
- Pacientes que no accedan al estudio.

7.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Que no completen el cuestionario.

7.7 VARIABLES:

Variable	Tipo de variable	Concepto o definición	Escala	Calificación
Edad	Independiente	Años cumplidos	Cuantitativa	Años
Sexo	Independiente	Genero cualitativa que se refiere a los órganos genitales	Nominal	Masculino Femenino
Autoestima	Dependiente	Es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo; y refleja el juicio que cada persona hace respecto a sus habilidades para enfrentar los desafíos de su vida.	Cualitativa	Alta Media Baja
Síndrome metabólico	Independiente	Conjunción de enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo: Enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipidemia, Obesidad.	Cuantitativa y cualitativa	De acuerdo a criterios de la OMS.

8. MÉTODO Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se acude al departamento de bioestadística en donde el encargado nos proporciona la cantidad de pacientes que se tienen hasta la fecha con el diagnóstico de Síndrome metabólico en el consultorio No 7 de nuestra clínica de Consulta externa, es de 350 pacientes. Al cotejar expedientes clínicos solo 80 pacientes con síndrome metabólico cumplen con los criterios de selección.

Posteriormente se les llamó por teléfono y se les citó por grupos de 5 en el consultorio referido en donde se les informó sobre la realización de este estudio y se les invita a participar al llenado del consentimiento Informado y aplicación del Inventario de autoestima de Coopersmith.²³

8.1 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento que se aplicó es el Inventario de Coopersmith para autoestima que es un cuestionario de auto informe con 25 ítems de elección obligada. Al sujeto se le presentan cuestiones directas y se le pide que responda indicando si la afirmación es como yo o diferente a mí. O las respuestas pueden ser para su mayor comprensión como me describe o no me describe La puntuación de un sujeto se compara con una muestra de buen tamaño y es interpretada en métodos de intervalos de autoestima alta, baja o media. Las virtudes de éste instrumento incluyen el hecho de ser coherente con el modelo de investigación de autoestima (validez de constructo) de Coopersmith (1967)²³ y la presencia de cierta validez de contenido en términos de cuestiones relacionadas con lo que sabemos sobre la autoestima (especialmente en términos de merecimiento) así como la relativa facilidad con que se administra, puntúa e interpreta en entornos individuales y grupales.

8.2 ANALISIS DE LA INFORMACION

Obtenidos los datos se almacenaron en el programa Excel, y se procedió a su análisis mediante estadísticas descriptivas, utilizando medidas de resumen (porcentajes y frecuencias).

La información obtenida se presenta en gráficas.

8.3 RECURSOS HUMANOS:

- Investigador principal
- Asesor de Tesis
- Director del Hospital Regional de Nezahualcóyotl
- Subdirector de Hospital Regional de Nezahualcóyotl
- Encargado de bioestadística del Hospital Regional de Nezahualcóyotl
- Encargados de Archivo del Hospital Regional de Nezahualcóyotl
- Trabajo social de Hospital Regional de Nezahualcóyotl
- Enfermeras del Hospital Regional de Nezahualcóyotl

8.4 RECURSOS MATERIALES:

- Inventario de Autoestima de Coopersmith
- Lápiz del número 2
- Calculadora
- Computadora
- Programa Excel para reunir la información
- Programa Word para realizar el trabajo
- Hojas blancas
- Tablas de crecimiento y desarrollo
- Bascula con estadiómetro de la institución
- Lapiceros para registrar la información.

8.5 RECURSOS FINANCIEROS:

Autofinanciado por autor de la investigación.

RECURSOS FÍSICOS:

Se aplicó cuestionario en el consultorio número 7 a todos los pacientes que fueron citados previamente por llamada telefónica a las 8.00 am en la clínica de consulta Externa del Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios "Nezahualcóyotl" por grupos de 5.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividad	2013		2014			2015	
	Marzo Septiembre	Octubre Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Diciembre	Enero	Febrero
Elección del tema de investigación	****						
Recopilación bibliográfica		****	****				
Aplicación de encuestas	****	****	****	****			
Análisis de resultados					****		
Elaboración de informe final					****		
Ajustes finales					****		
Entrega de tesis						****	

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL.

La presente investigación clínica no afectó a los pacientes, ya que solo se aplicó cuestionario, previo consentimiento informado, para la recolección, análisis, y almacenamiento de la información obtenida por esta vía. Se atendió al paciente en el consultorio, respetando su privacidad y respetando la confidencialidad de su información personal.

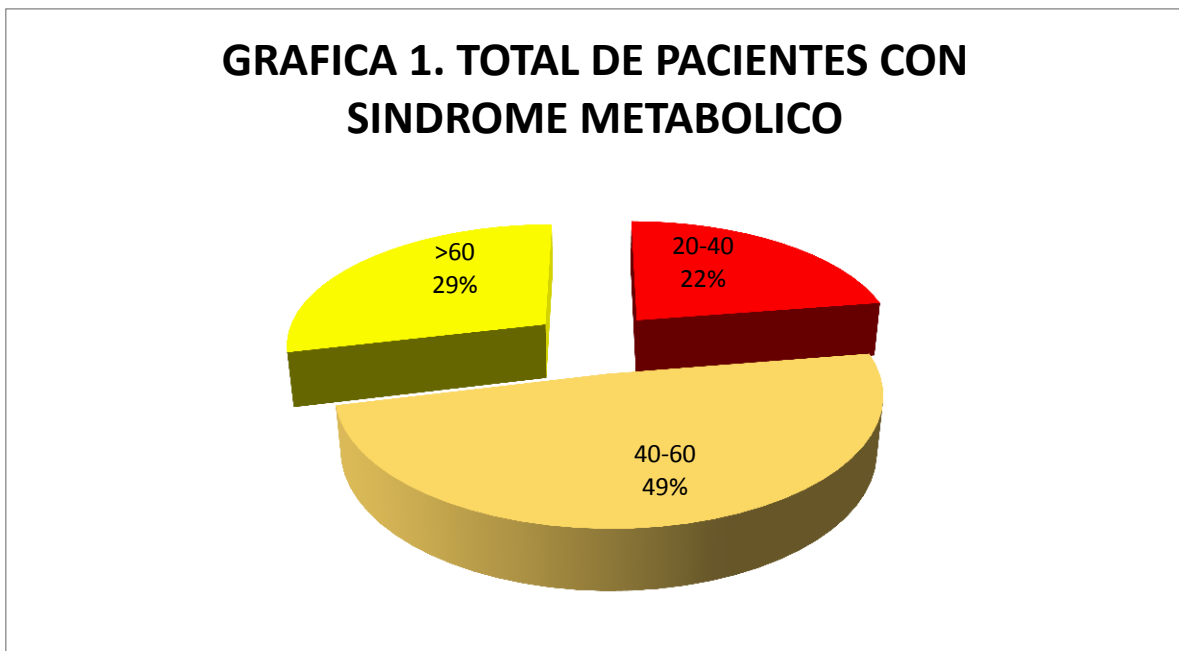
Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos:

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica., octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Anexo 4.

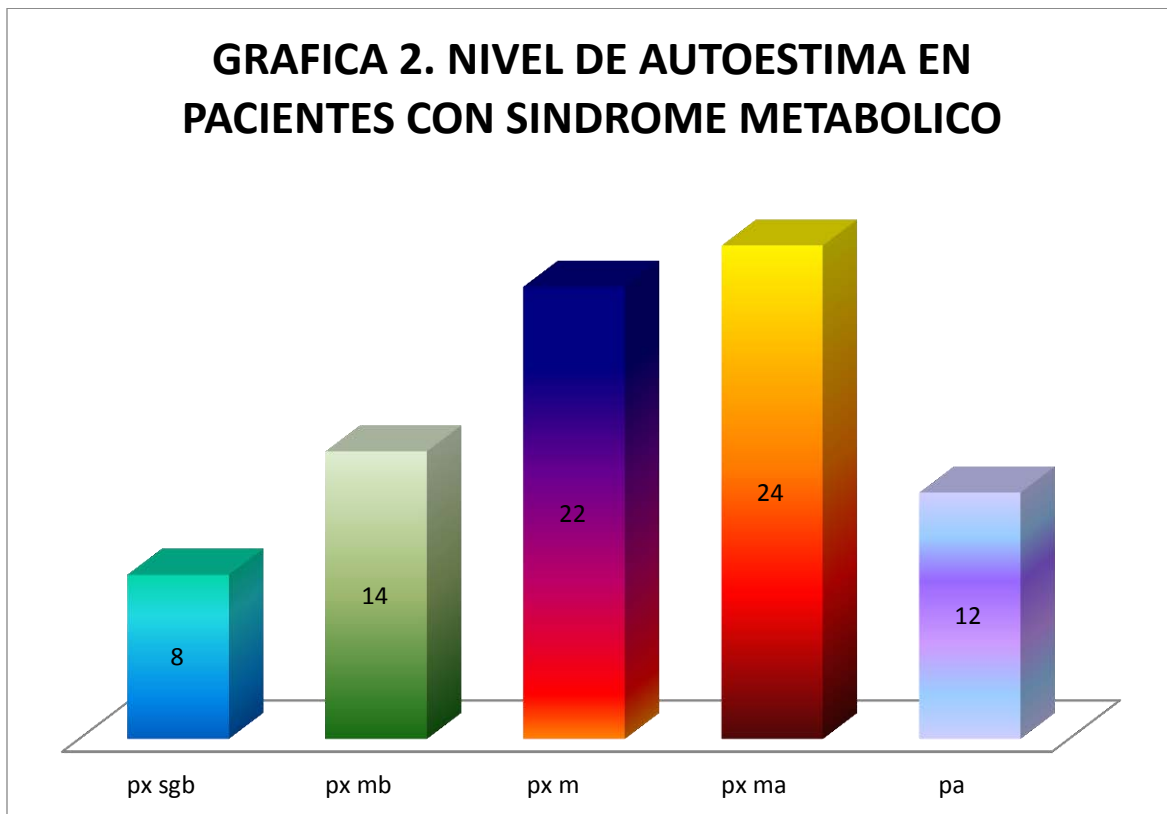
11. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Del total de la muestra tomada, consistente en 80 pacientes con Síndrome Metabólico, en relación al nivel de autoestima de acuerdo a el Inventario de Autoestima de Coopersmith obtuvimos cuantos correspondían al grupo etario de 20-40 años 22% (18 pacientes), de 40-60 años 49% (39 pacientes) y mayores de 60 años 29% (23 pacientes).



Fuente Inventario de autoestima de Coopersmith

Del total de la muestra tomada, consistente en 80 pacientes con Síndrome Metabólico, en relación al nivel de autoestima de acuerdo a el Inventario de Autoestima de Coopersmith obtuvimos que el nivel de autoestima significativamente baja fue de 10% (8 pacientes), autoestima media baja fue 17% (14 pacientes), autoestima media 28% (22 pacientes), autoestima media alta 30% (24 pacientes) y autoestima significativamente alta es de 15% (12 pacientes).

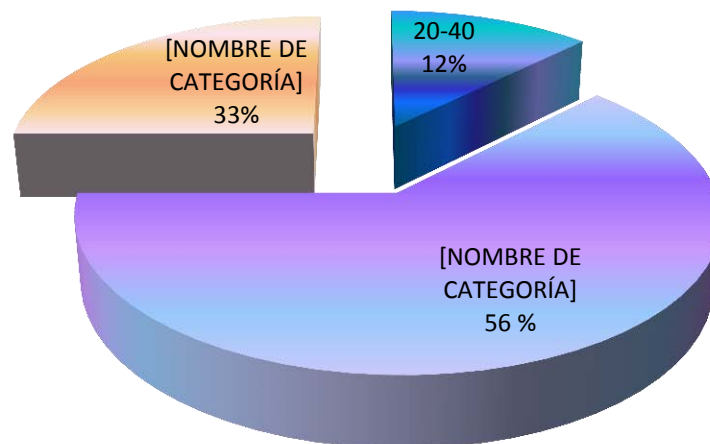


Fuente Inventario de autoestima de Coopersmith

- Px sgb: pacientes con autoestima significativamente baja
- Px mb: pacientes con autoestima media baja
- Px m: pacientes con autoestima media
- Px ma: pacientes con autoestima media alta
- Px a: pacientes con autoestima significativamente alta

Del total de la muestra tomada, consistente en 80 pacientes con Síndrome Metabólico, y el nivel de autoestima obtuvimos los pacientes con autoestima significativamente baja fue en el grupo etario de 20-40 años 11% (1 paciente), de 40-60 años 56% (5 pacientes) y mayores de 60 años 33% (3 pacientes).

GRAFICA 3. PACIENTES CON SM Y AUTOESTIMA SIGNIFICATIVAMENTE BAJA



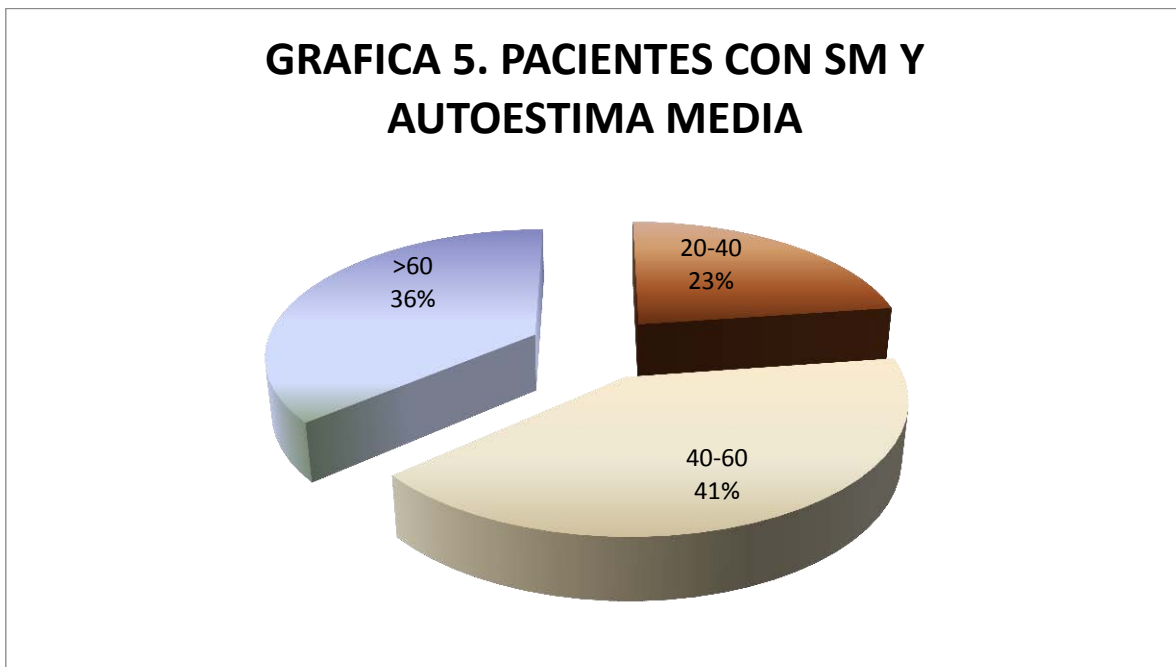
Fuente Inventario de autoestima de Coopersmith

Del total de la muestra tomada, consistente en 80 pacientes con Síndrome Metabólico, y el nivel de autoestima obtuvimos los pacientes con autoestima media baja fue en el grupo etario de 20-40 años 21% (3 paciente), de 40-60 años 43% (6 pacientes) y mayores de 60 años 36% (5 pacientes).



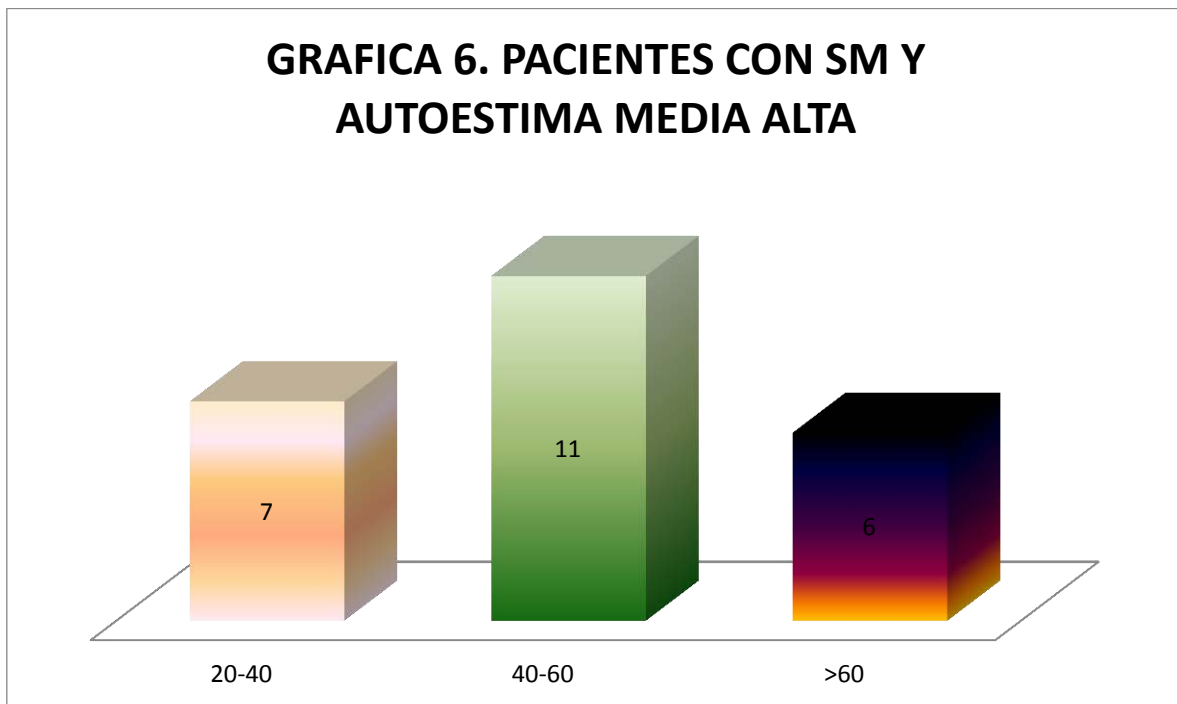
Fuente Inventario de autoestima de Coopersmith

Del total de la muestra tomada, consistente en 80 pacientes con Síndrome Metabólico, y el nivel de autoestima obtuvimos los pacientes con autoestima media fue en el grupo etario de 20-40 años 23% (5 pacientes), de 40-60 años 41% (9 pacientes) y mayores de 60 años 36% (8 pacientes).



Fuente Inventario de autoestima de Coopersmith

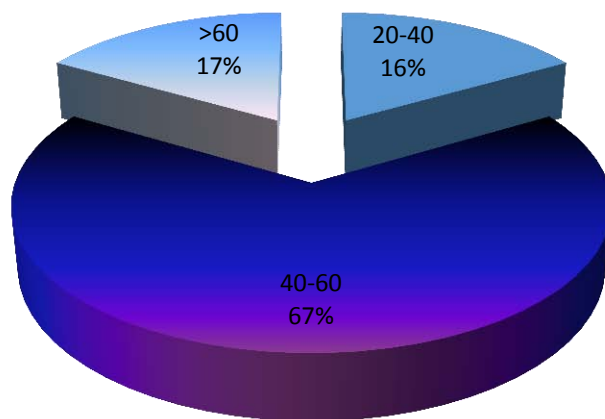
Del total de la muestra tomada, consistente en 80 pacientes con Síndrome Metabólico, y el nivel de autoestima obtuvimos los pacientes con autoestima media alta fue en el grupo etario de 20-40 años 29% (7 pacientes), de 40-60 años 46% (11 pacientes) y mayores de 60 años 25% (6 pacientes).



Fuente Inventario de Coopersmith

Del total de la muestra tomada, consistente en 80 pacientes con Síndrome Metabólico, y el nivel de autoestima obtuvimos los pacientes con autoestima alta fue en el grupo etario de 20-40 años 16% (2 pacientes), de 40-60 años 67% (8 pacientes) y mayores de 60 años 17% (2 pacientes).

GRAFICA 7. PACIENTES CON SM Y AUTOESTIMA SIGNIFICATIVAMENTE ALTA



Fuente Inventario de autoestima de Coopersmith

12. DISCUSIÓN:

Echavarría México; reporto en su investigación que el 45,5% en adultos de 20 a 40 años presentan síndrome metabólico, dato totalmente diferente a nuestro estudio ya que en el nuestro solo el 22% presenta síndrome metabólico.

Alteraciones como autoestima significativamente baja y media baja no predominan sobre nuestra población debido a que la percepción que tiene sobre su enfermedad, no es probablemente adecuada.

Mruk en 1999 aseguro que los factores así asociados con la autoestima, como el incremento de la autonomía, una mayor apertura a las alternativas y una mayor seguridad en las propias percepciones y habilidades, nos predisponen a resultados favorables en el manejo de problemas, retos y oportunidades, desde la rutina hasta el heroísmo; por lo que en nuestro estudio no se encontró relación directa entre el nivel de autoestima y el síndrome metabólico.

El Psicólogo Guillermo Ballenato Prieto en su artículo autoestima y salud de la revista psicología en formación nos habla de las características que presentan las personas con diferentes tipos de autoestima y nos dice que la mayor cantidad de personas con afectaciones de la autoestima son las mujeres además de que están más propensas a psicopatologías como la ansiedad y la depresión; dato que coincide con el nuestro debido que la mayor cantidad de alteraciones de extremos de autoestima tanto significativamente alta y significativamente baja se da más en mujeres del grupo etario de 40 a 60 años.

Una persona con baja autoestima tiene una gran sensación de ansiedad e inseguridad acerca de ella misma. Disfraza su baja autoestima en presencia de los demás, especialmente cuando quieren impresionarlos. Su baja autoestima puede verse influenciada por problemas tanto emocionales, como laborales, económicos, familiares, etc. y esto puede hacer que desconfíen de las personas que los rodea (Robson, 1988). Por el contrario nosotros no relacionamos alguna alteración de la autoestima en personas con síndrome metabólico, por que presenta la gran mayoría una autoestima media alta y es lógico debido a que las personas que acuden a nuestra consulta son de un nivel económico medio y el

Contar con el servicio médico les da confianza en que su enfermedad puede ser tratada y hacen lo necesario para estar dentro de los parámetros normales.

13. CONCLUSIONES:

Los pacientes con alguna enfermedad crónica como en el caso del Síndrome Metabólico, presentan un nivel de autoestima medio alto y alto, esto está muy relacionado con el nivel económico y la seguridad que presentan al contar con un servicio de salud, en el cual sus enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Obesidad; y tienen la esperanza de que van a mejorar.

En la literatura y a nivel personal se sabe que los pensamientos positivos son una estabilidad para el seguimiento de las enfermedades crónicas y nos ayudan a que un paciente se documente y lleve un mejor control de sus enfermedades crónicas. Es por eso que como médicos familiares hay que inculcar en los pacientes crónicos el autocontrol y aumentar su autoestima:

Profundizar en su autoconocimiento valorar sus cualidades y defectos, introducir cambios en aquellos defectos que se puedan mejorar, aceptar aquello que no es posible modificar, evitar las comparaciones e idealizar modelos sociales y la imagen de los demás.

Introducir cambios en nuestra conducta y practicar nuevos comportamientos, tomar con decisión e independencia las riendas de nuestra propia vida, proponerse nuevos retos cuya consecución esté a nuestro alcance, limitar el exceso de críticas y los elevados niveles de auto exigencia, entender los errores como oportunidades de auto aprendizaje, premiarse por los resultados y esfuerzo realizado. Todo para aumentar nuestro nivel de autoestima y así poder mejorar el ámbito biológico a través de estos enunciados positivos.

Estrategias que podemos implementar como médicos familiares en los pacientes que presentan síndrome metabólico y baja autoestima:

- Mejorar empatía entre médico y paciente.
- Abordaje familiar
- Fomentar la conciencia de enfermedad tanto en el paciente como en su familia.
- Reconocer las consecuencias positivas y negativas del tratamiento.
- Estimular al paciente para que adquiriera un papel activo en su cambio de conducta.
- Educar a los pacientes sobre las expectativas del tratamiento con lenguaje claro y sencillo.
- Dar sesiones psicoeducativas.
- Formar grupos de pacientes con síndrome metabólico y baja autoestima para realizar actividades autofortalecimiento de la autoestima.
- Manejo de estrategias de afrontamiento del paciente ante la enfermedad metabólica que sean necesarios ante los cambios inevitables de la salud.
- Fomentar ejercicio aeróbico mínimo 20 minutos cuatro veces a la semana, para disminuir la resistencia a la insulina, mejorar el control.

Por último se cumplió el objetivo general de la investigación, al obtener adecuadamente el nivel de autoestima en pacientes con síndrome metabólico.

14. BIBLIOGRAFIA:

1. Córdoba-PH., Castro MG., Rubio GA., Hegewisch DG., Breve Crónica de la Definición del Síndrome Metabólico; Art. Med. Int. Mex. 2014; 30:p.312-328.
2. González CA, Lavalle PJ, Ríos GJ, Síndrome Metabólico y Enfermedad Cardiovascular, 4ta Edición. Cd de Méx_: Editores Intersistemas; 2012. p.3-19.
3. Wassermann AO, Grosso PC, Curso de capacitación de Postgrado a Distancia Síndrome Metabólico y Riesgo Vascular, Conjunto ABCBA Síndrome Metabólico, Definición y Epidemiología. 2013; p. 5 a 40.
4. Guzmán JR., González CA, Aschner P., Bastarrachea R y Cols., Consenso Latinoamericano de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), Epidemiología, Diagnóstico, Control, prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos. 2012.18 (1º) p. 25-39.
5. Chacín M., Rojas J., Rodríguez D., Núñez P, y Cols., Predisposición Humana a la Obesidad Síndrome Metabólico y Diabetes: el genotipo ahorrador y la incorporación de los diabetogenes al genoma humano de la antropología biológica., Centro de Investigaciones Endocrino-metabólicas Dr. Félix Gómez, Ven. I (1) 2011 p. 11-20.
6. Vargas GW, Mtro. Nutrición Humana, Obesidad Pandemia Nacional 2014 p.5-18.
7. Von Bernhardt R, Zanlungo S, Arrese Marcu y cols., et Artículo de Revisión Síndrome Metabólico de factor agravante a principal factor de riesgo patogénico en diversas enfermedades crónicas.Rev. Med. Chile 2010; 1 (38):p.1012-1019.
8. Beltrán GFJ, Zaldívar G HA, Vázquez NF, y Cols. Obesidad Diabetes y Pobreza. Rev. Electrónica Medicina, Salud y Sociedad, serie en internet enero 2014, 4(2): p.257-264.
9. Dr. Rodolfo Lahsen, Departamento de Medicina interna y cronicidad de Diabetes, Clínica Los Condes, Síndrome Metabólico y Diabetes Mellitus, Art. 04 11 2013.

10. Colon RC; García de AJ; González MA, Salazar EJG, Caracterización Psicosocial de Pacientes con Diabetes tipo 2 en Atención Primaria/ Rev. Cubana Salud Pública. 34(4) La Habana. 2008 p. 34-67.
11. Carranza Madrigal J, López Correa SM. El Síndrome Metabólico en México. Med Int Mex 2008; 24 (4): p. 251-61.
12. Sánchez RA., Abad PAD, Bureo DJC, Calaburig A y Cols, Protocolos de Diabetes Mellitus tipo 2., SEMI Sociedad Española de Medicina Interna, Elsevier Doyma, 2010 p. 239-244.
13. Contreras LG; Camacho REJ; Manzur QSC. Y Cols. La obesidad en el Estado de México/ Rev. Mexicana de Trastornos alimenticios Vol. 5 (1) 2014., p.23-40.
14. Barguera PhD, Campos NI, Hernández BL, Andrea, Prevalencia de Obesidad en adultos Mexicanos, ENSANUT 2012, Rev. Salud Pública Mex. 2013; 55 (2): p. 51- 60.
15. Campos-Mondragón MG, Oliart-Ros RM, Méndez-Machado GF, Angulo-Guerrero O, Síndrome Metabólico y su correlación con los niveles séricos de urea, creatinina y ácido úrico en adultos de Veracruz, Rev.Biomed 2010; 21(2):p. 67-75.
16. Aguilar Salinas CA, Olaiz G, Victoria Valles, Ríos Torres JM, Gómez Pérez FJ, Rull JA, et al. High prevalence of low HDL cholesterol concentrations and mixed hyperlipidemia in a Mexican nationwide survey, Journal of Lipid Research October: 2011: p. 1298-1307
17. Montes de Oca-García E, Loria-Castellanos J, Chavarría-Islas RA, Prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico en personal médico en un servicio de urgencias, Rev. Cuba Med. Int. Emerg. 2008; 7(3):p.1260-1272.
18. García GE, Romero LLM, Kaufer-HM. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública una reflexión segunda parte; Salud Mental.2009; 32(1): p.79-87.
19. Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 3ra Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2006. México. 75-89.

20. Branden Nathaniel .Los seis pilares de la autoestima: Editorial Paidós, 1995. p.21-22.
21. D' Angelo, O. Desarrollo de la autoestima y la conciencia moral en las Contradicciones de la sociedad contemporánea. Ponencia del 4to. Encuentro Internacional de Educación y Pensamiento. Rep. Dominicana. Centro de Investigaciones psicológicas y sociológicas. La Habana, Cuba. 2003., p34-39.
22. Mruck, C. (1999). Investigación, Teoría y Práctica. (2ª ed.). Ed. Basauri: Descolé De Brouwer. 49(3) Revista de la Facultad de Medicina 2012.p22-24.
23. Huerta, J. Estudio de Salud Familiar en Programa de Actualización continua en Medicina Familiar (1ª Ed.) Ed. Intersistemas México; 1999: p.5-62.
24. Gómez-Clavelina e Irigoyen-CA. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura de la funcionalidad familiar. Arch.Med.Fam. (1999).1 (2) 45-57.
25. Gómez-Clavelina, F. e Irigoyen- CA. (1994). "Cartas al editor". Salud Pública de México, (36) 5. P.10-17.
26. Carrello MJ., Henales A MC., Sánchez BC, La autoestima y el autoconcepto en la mujer con esterilidad Art.Rev. Reproducción Humana, 2011; Vol. 25, No 1 p.29-39.
27. Escala de Evaluación de Autoestima de Coopersmith adultos SEI de Stanley, Coopersmith Manual Rev. 2010.

15. ANEXOS:

ANEXO 1. TEST DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (VERSIÓN ACORTADA)

	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
1. Más de una vez he deseado ser otra persona		
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3. Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera.		
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste.		
5. Conmigo se divierte uno mucho		
6. En casa me enfado a menudo.		
7. Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo.		
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad.		
9. Mi familia espera demasiado de mí.		
10. En casa se respetan bastante mis sentimientos.		

11. Suelo ceder con bastante facilidad		
12. No es nada fácil ser yo.		
13. En mi vida todo está muy confuso		
14. La gente suele secundar mis ideas		
15. No tengo muy buena opinión de mí mismo.		
16. Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa.		
17. A menudo me siento harto del trabajo que realizo.		
18. Soy más feo que el común de los Mortales		
19. Si tengo algo que decir, normalmente lo digo.		
20. Mi familia me comprende.		
21. Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás.		
22. Me siento presionado por mi familia		
23. Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo.		
24. Las cosas no suelen preocuparme mucho		
25. No soy una persona muy de fiar.		

ANEXO 2. CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH.

Máxima Puntuación 25.

Mínima Puntuación 0.

PUNTUACIÓN	CALIFICACION
0-10	Significativamente Baja
11-15	Media Baja
16	Media
17-22	Media-Alta
23-25	Significativamente Alta

Puntúan con un punto las siguientes respuestas:

Item	Puntúa si ha respondido:
1	No me describe
2	No me describe
3	No me describe
4	Me describe

5	Me describe
6	No me describe
7	No me describe

8	Me describe
9	No me describe
10	Me describe
11	No me describe
Puntuación	
12	No me describe
13	No me describe
14	Me describe

15	No me describe
16	No me describe
17	No me describe
18	No me describe
19	Me describe
20	Me describe
21	No me describe
22	No me describe
23	No me describe
24	Me describe
25	No me describe

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: **NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SINDROME METABOLICO EN HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL**

Investigador principal: JACQUELINE CABALLERO MENDOZA

Sede donde se realizará el estudio: HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. Conocer el Nivel de autoestima en la escala de Coopersmith en pacientes que acuden a la consulta externa del issemym Nezahualcóyotl.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos: Conocer si el nivel de autoestima en los pacientes con síndrome metabólico es bajo, medianamente bajo, medio, medio alto y alto, para el manejo adecuado de los pacientes con este síndrome.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, - aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma

del

investigador

Fecha

ANEXO 4. DECLARACIÓN DE HELSINKI.

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado 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.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sub-representadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. 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 actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

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.

B. Principios para toda investigación medica

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta

Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El

Investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera

Satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el

Consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para

creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.

Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio,

ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.