



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

Coordinación de Estudios de Posgrado e Investigación

“Asociación entre autoestima y peso corporal en Residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Alumno:

Sarah Guadalupe Acosta Lizárraga
Residente de tercer año de Medicina Familiar

ASESOR:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico Especialista en Medicina Familiar

Tijuana, Baja California.23 de enero del 2024

INDICE

I.	TÍTULO	3
II.	IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	4
III.	RESUMEN	5
IV.	MARCO TEÓRICO	6
V.	ANTECEDENTES	11
VI.	JUSTIFICACIÓN	13
VII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
VIII.	OBJETIVOS	15
IX.	HIPÓTESIS	16
X.	MATERIAL Y MÉTODOS	17
	• Criterios de selección	17
	• Diseño de estudio	17
	• Población y periodo de estudio	17
	• Lugar de realización del estudio	17
	• Tipo de muestreo	17
	• Tamaño de la muestra	17
	• Procedimientos	18
	• Definición de variables y operacionalización	20
XI.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
XII.	ASPECTOS ÉTICOS	25
XIII.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	27
XIV.	RESULTADOS	29
XV.	DISCUSIÓN	37
XVI.	CONCLUSIONES	41
	• Recomendaciones	41
XVII.	ANEXOS	47
XVIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

I. TÍTULO

“ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y PESO CORPORAL EN RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27, TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.”

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico especialista en Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27

Matricula: 98020718

Institución: IMSS. Baja California.

Teléfono: (664) 329 88 37

Correo electrónico: dra.bermudez@hotmail.com

TESISTA:

Sarah Guadalupe Acosta Lizárraga

Residente de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27

Matricula: 97023518

Institución: IMSS, Baja California.

Teléfono celular: (667) 418 61 82

Correo electrónico: saguacli@hotmail.com

III. RESUMEN

Título: “ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y PESO CORPORAL EN RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27, TIJUANA BAJA CALIFORNIA”

Investigadores: Bermúdez-Villalpando VI, Acosta-Lizárraga SG

Introducción: La autoestima es una evaluación que el individuo realiza sobre sí mismo, siendo catalogada como positiva o negativa. Cuando se presenta en niveles elevados, indica percibirse como un ser competente. Entre los rasgos psicológicos que se han asociado a la obesidad se encuentran inadecuada calidad de vida y depresión, sentimientos de temor, percepción negativa de la imagen corporal, inseguridad, tristeza, infelicidad, ansiedad, alteraciones emocionales y baja autoestima.

Objetivo principal: Evaluar la asociación entre la autoestima y peso corporal en residentes de medicina familiar adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Material y métodos: Se realizará un estudio correlacional, transversal, prospectivo. Previa autorización por parte del Comité de Local de Investigación en Salud y Comité de Ética en Investigación, así mismo como del Director y Autoridad Educativa de la Unidad, se procederá con la identificación de pacientes y llenado de consentimiento informado. Se aplicará de la escala de autoestima de Rosenberg, así como datos adicionales como son: edad, sexo, estado civil, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y grado de residencia. Para el análisis estadístico se utilizará estadística descriptiva, así como para el análisis bivariado Pearson X². La recolección de los datos se realizará de febrero a marzo 2023. Los recursos financieros serán solventados por el investigador responsable y tesista. El investigador responsable cuenta con evaluación curricular como candidato a investigador en el año 2020.

PALABRAS CLAVE: autoestima, peso corporal, talla, IMC.

IV. MARCO TEÓRICO

La autoestima es una evaluación que el individuo realiza sobre sí mismo, siendo catalogada como positiva o negativa. Cuando se presenta en niveles elevados, indica percibirse como un ser competente, así mismo autoestima también puede definirse como una evaluación que el individuo genera a partir de sí mismo, expresando una perspectiva positiva o negativa y busca apuntar a aquello de lo que se siente capaz o exitoso. ¹

Las personas que presentan niveles elevados de autoestima tienden a experimentar un mayor bienestar, y una buena salud en general. Percibir y poseer una buena salud tiende a promover niveles elevados de auto eficiencia, permitiendo que la persona participe activamente en actividades físicas, sociales y recreativas, provocando un aumento de bienestar. En este sentido, la autoeficacia, en parte, está relacionada con la autoestima donde el nivel de autoeficacia determina el grado de implicación y persistencia en una tarea, afectando a la resolución de la misma y teniendo una repercusión en la autoestima y a su vez de nuevo, en el bienestar. Una baja autoeficacia puede promover sentimientos negativos para superar las dificultades relacionándose negativamente con la autoestima, la cual puede verse afectada también por diversas variables sociodemográficas; entre estas el género, se describe que los hombres presentan una mayor adhesión a la práctica de actividad física y declaran niveles significativamente superiores de satisfacción con la vida, autoestima y crecimiento personal que las mujeres. Así mismo, las personas que viven en pareja o acompañadas tienen una autoestima más positiva, encontrándose también efectos positivos en las personas residentes en zonas rurales, ya que son más activas que las urbanas. ²

También se entiende por autoestima el juicio personal de valor, la aceptación con que las personas perciben su autoimagen, en comparación tanto con otros como consigo. Las consecuencias psicológicas en la imagen corporal, en general, son desfavorables, ya que el aumento de la grasa corporal no es acorde con los estándares de belleza femenina, actualmente asociados con la delgadez. Esto hace

que se dé una autoimagen negativa y haya alta incidencia de trastornos de la conducta alimentaria. ³

El sobrepeso y la obesidad son los problemas emergentes de salud pública más severos a los que nos enfrentamos en la actualidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que puede afectar la salud de un individuo y se clasifica según el índice de masa corporal (IMC), el cual es el cociente del peso (en kilogramos) dividido entre el cuadrado de la estatura del individuo (en metros). Sobrepeso se define como el IMC de 25 a 29.9 kg/m²; obesidad grado I cuando se tiene IMC de 30 a 34.9 kg/m²; obesidad grado II con IMC de 35 a 39.9 kg/m², y obesidad severa o grado III cuando el IMC se encuentra entre 40 y 49.9 kg/m². La dificultad para realizar actividad física, debida al mismo incremento de peso, así como la falta de resultados observables en las fases iniciales y el mayor apetito relacionado con el aumento de hormonas anorexigénicas debido a la pérdida de peso, entre otras condiciones, dificultan que el paciente se mantenga apegado a estas estrategias. ⁴

Se dice que el 17,6% de los sujetos con sobrepeso u obesidad subestiman su IMC mediante la autopercepción. La subestimación del peso corporal puede ser un problema crítico ya que la percepción corporal errónea condiciona una menor respuesta a la reducción del peso y por lo tanto una mayor resistencia al tratamiento de la obesidad, con sus múltiples consecuencias a nivel de la esfera de la salud. Este problema puede no estar limitado a la autopercepción sino incluso a la percepción de su entorno. El nivel educativo bajo se asocia a una mayor subestimación del IMC, por lo tanto, los sujetos con un nivel educativo alto tienden a percibir adecuadamente su estatus ponderal. ⁵

Los problemas relacionados con el peso, entre los que se incluyen el sobrepeso/obesidad, los trastornos alimentarios y las conductas alimentarias alteradas (tales como las prácticas no saludables de control del peso) constituyen un problema importante de salud pública debido a su alta prevalencia y a las adversas consecuencias que tienen para la salud. La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial, en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales

y del estilo de vida la cual se define como la acumulación excesiva de grasa corporal. Esta puede perjudicar la salud, incluso repercutir en la salud mental, por lo que es importante reconocer los rasgos psicológicos y de comportamiento de quienes la padecen. ⁶

La valoración de la percepción que tienen los adultos sobre su estado de nutrición se ha utilizado como una estimación del índice de masa corporal (IMC) en encuestas donde no se pueden obtener mediciones antropométricas; su validez y confiabilidad han sido probadas en diferentes poblaciones. ⁷

Entre los rasgos psicológicos que se han asociado a la obesidad se encuentran inadecuada calidad de vida y depresión, sentimientos de temor, percepción negativa de la imagen corporal, inseguridad, tristeza, infelicidad, ansiedad, alteraciones emocionales y baja autoestima. La felicidad se considera un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado también descrita como la percepción intrínseca de bienestar. Y el bienestar subjetivo o bienestar psicológico equivale a ser feliz y se refiere a la evaluación afectiva y cognitiva que hacen las personas de su propia vida.⁸

La calidad de vida puede estar condicionada por estilos de vida saludables, en especial la práctica de ejercicio físico, ya que este es capaz de reducir los efectos negativos producidos por el envejecimiento, aumentar la esperanza de vida de este colectivo y generar beneficios tanto a nivel físico, mental y social encontrándose también efectos positivos sobre la autoestima. ⁹

En una mayor edad se encuentra relacionada con una menor actividad física, explicándose esta relación por los cambios físicos y funcionales del envejecimiento. Otras investigaciones realizadas demuestran que una actividad física ligera como caminatas, alargamientos y tonificación muscular producen efectos positivos en el bienestar, actividad física es una dimensión fundamental a la hora de entender el bienestar de la persona mayor, debido a que existe una relación positiva con esta dimensión. La actividad física modula los niveles de autoestima y mejora las capacidades de aprendizaje, el contacto social, el auto concepto, el equilibrio

emocional y afectivo, reduciendo de esta manera los síntomas de ansiedad y depresión. ¹⁰

Se han encontrado una relación alta entre el índice de masa corporal (IMC) y la utilización de conductas no saludables de control del peso. Dicha relación se debe, en gran medida, a que el sobrepeso y la obesidad, entre otros problemas, generan una alta insatisfacción corporal, que es un factor de riesgo para llevar a cabo comportamientos no saludables de control del peso que desencadenan trastornos alimentarios y conductas de control del peso menos extremas (saltarse comidas, ayunar, fumar para regular el apetito, etc.). No obstante, en muchos casos las dificultades para bajar de peso o para mantener un peso normal no se ligan únicamente a alteraciones alimentarias, sino que también están relacionadas con una mayor presencia de psicopatología. Si bien la obesidad no se considera un trastorno mental, desde hace un tiempo la relación entre el sobrepeso/obesidad y las posibles alteraciones psicológicas con comitentes ha sido objeto de interés científico, sin que se haya llegado aún a un consenso sobre la existencia de un perfil psicológico específico, ni sobre el posible poder patógeno de la psicopatología en la obesidad. ¹¹

La obesidad y el sobrepeso en México, pues es uno de los problemas más importantes en cuanto a salud pública en nuestro país. ¹²

Para los trabajadores de atención médica de primera línea, que enfrentan grandes cargas de trabajo, decisiones de vida o muerte, y riesgo de infección, se ven particularmente afectados. Las razones para esto incluyen largas horas de trabajo, riesgo de infección, escasez de equipos de protección, soledad, fatiga física y separación de las familias. ¹³

Es importante que los profesionales de la salud implementen estrategias para incentivar a los pacientes a vivir bien, con el fin de lograr la mejor calidad de vida. El sentimiento de felicidad y alegría, el sentimiento de estar en paz con la vida y con uno mismo es saludable, vivir las etapas de la vida con optimismo, autocontrol y alta autoestima puede traer una mayor sensación de seguridad para vivir la última etapa del ciclo de vida e impactar positivamente en la calidad de vida. ¹⁴

Actualmente México ocupa el primer lugar en sobrepeso y el segundo en obesidad a nivel mundial esto aunado a presentarse entre los rasgos psicológicos que se han asociado a la obesidad se encuentran inadecuada calidad de vida y depresión. Sentimientos de temor, percepción negativa de la imagen corporal, inseguridad, tristeza, infelicidad, ansiedad, alteraciones emocionales y baja autoestima. ¹⁵

Ciertas enfermedades influyen en otras áreas como el bienestar emocional, las relaciones sociales, la autoestima y el no poder realizar las actividades como antes, lo que hace que las pacientes tengan que adaptarse a cambios importantes. Además, los efectos secundarios de los tratamientos como la pérdida del cabello, el aumento de peso, la infertilidad, los cambios en la menstruación, los cambios de pigmentación en la piel y en las uñas, la pérdida del seno, sudoración, dolores de cabeza, entre otros, afectan negativamente su bienestar emocional. Además, debido a que estos efectos secundarios son, en muchos casos, visibles, juegan un papel importante en la imagen corporal, y, asimismo, en la autoestima. Una de las consecuencias comunes es la distorsión en la imagen corporal de los pacientes, asociada con síntomas depresivos, ansiedad y baja autoestima. Estos resultados nos indican que los pacientes que presentan una mayor alteración de su imagen corporal presentan mayores niveles de ansiedad y depresión, además de una autoestima más baja. ¹⁶

V. ANTECEDENTES

El sobrepeso y la obesidad incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y la mortalidad prematura, además del costo social de la salud. Actualmente, México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta que representa un 30 %, que es diez veces mayor que la de Japón o Corea 4 %¹⁷

En un estudio de autorregulación de hábitos alimenticios en Médicos Residentes de Medicina Familiar con sobrepeso u obesidad se estudiaron a 65 médicos los cuales; 50.7% (n=33) presento sobrepeso, 36.9% (n=24) peso normal, y 12.3% (n=8) obesidad. Aun así, se determinó que médicos residentes con sobrepeso u obesidad identifican comportamientos negativos asociados a sus hábitos alimenticios, sin embargo, no generan estrategias para atenuar los efectos de esta problemática que atenta contra su salud.¹⁸

A nivel nacional, en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad. De acuerdo a la ENSANUT 2016 en el Estado Baja California la prevalencia de sobrepeso es del 36.1% y de obesidad 37.8%.¹⁹

Camacho et. Al Colima 2001, realizó este estudio que se llevó a cabo un sobre la relación entre el autoconcepto y concepto de los maestros en sus alumnos con alto y bajo rendimiento. En esta investigación los resultados obtenidos muestran que el nivel de autoestima va decreciendo con la edad, más la importancia que se le da a este incrementa. En cuanto a la inteligencia se mostró una relación significativa con la autoestima.²⁰

Estudio realizado en Alemania, por Chung, et al., (2017) con una muestra de 240 mujeres, en la que se pretendió describir el desarrollo de la autoestima, según la autopercepción de los participantes en un lapso de 20 años, demostró que la autoestima se fortalece a medida que los sujetos ingresan en la edad adulta.²¹

Puhl, et.al., describen que los efectos emocionales secundarias más comunes de la obesidad son la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo, depresión, pensamientos suicidas y el autocastigo.²²

Gupta, et al. Mencionan que la baja autoestima es un trastorno serio que afecta a millones de personas, tanto hombres como mujeres, destruyendo sus relaciones, paralizándolas por el miedo y creando vidas que nunca alcanzarán su potencial completó una de las consecuencias estudiadas es el: trastornos alimentarios: como los problemas de autoestima muchas veces se refieren al aspecto estético. Es frecuente verse fea o verse gorda cuando no se goza de una buena estabilidad emocional. El paso siguiente es obsesionarse e intentar cambiarlo hasta que nos encontramos con algún trastorno alimentario. Esto ocurre principalmente a las personas que sufren Bullying al respecto de su físico. ²³

Correa et.al. En su estudio mencionan la importancia que tiene el formar parte de un grupo de apoyo y mantener relaciones positivas con ellos. Así mismo la auto aceptación, sentimiento de valía y eficacia personal contribuyen al desarrollo de habilidades autorreguladores y de organización de estrategias de aprendizaje, relacionándose directamente a una autoestima baja y por ende un cambio en la alimentación. ²⁴

Tirado et.al, menciona que una de las consecuencias más importantes de la obesidad es la pérdida de autoestima, lo cual puede llevar a la persona a desarrollar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de remediar esa depresión con el consumo de comida. Ante ello es necesario instituir programas de intervención de educación para la salud y adoptar estilos de vida saludable con el propósito de reducir la obesidad e incrementar el grado de autoestima en los trabajadores de la salud.²⁵

La baja autoestima es un factor de riesgo para la renuncia a la residencia médica, notificada de un 24.5-33.3%, lo cual contrasta con el 19.2% de prevalencia identificada en el estudio realizado por Reyes et.al., en la ciudad de México. ²⁶

V. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se basa en la necesidad de poder identificar los factores que predisponen a la disminución de la autoestima relacionada con el aumento o disminución de peso durante la residencia médica; ya que cabe la posibilidad que diversos factores como el tiempo las horas de hospital conlleva a una alimentación poco saludable.

Como médico, así como todo ser humano es importante cumplir con los requerimientos básicos hablando principalmente para prevención de enfermedades metabólicas. Por otra parte, existe otra problemática en la que no se ha llegado a un consenso como tal, si el aumento o disminución de peso corporal tiene alguna afeción a nivel psicológico generando un déficit o disminución de la autoestima como autopercepción lo que podría llevar a eventos depresivos que desencadenaría una problemática tanto como en la calidad de rendimiento y aprendizaje, así como a una poca o mucha interacción social.

No se sabe si la relación peso – autoestima este estrechamente ligada, pero lo que no cabe alguna duda es que ambos extremos estén relacionados, tanto el normopeso, el aumento y la disminución de este mismo.

Aunque actualmente no se cuente con estudios recientes de la existencia de la relación de la autoestima con el peso corporal, este dicho estudio nos serviría de un parteaguas para poder comprobar nuestra hipótesis y exista así evidencia suficiente sobre este tema.

Por lo que determinamos que es importante como médicos de familiares identificar entre los estudiantes de posgrados si tiene relación su autoestima ya sea alta o baja relacionada con su peso corporal, si esto generara resultados negativos, nos ayudara a detectar patologías ligadas a la falta de ello.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas relacionados con el peso, entre los que se incluyen el sobrepeso/obesidad, los trastornos alimentarios y las conductas alimentarias alteradas (tales como las prácticas no saludables de control del peso) constituyen un problema importante de salud pública debido a su alta prevalencia y a las adversas consecuencias que tienen para la salud. ⁹

Actualmente México ocupa el primer lugar en sobrepeso y el segundo en obesidad a nivel mundial esto aunado a presentarse entre los rasgos psicológicos que se han asociado a la obesidad se encuentran inadecuada calidad de vida y depresión. Sentimientos de temor, percepción negativa de la imagen corporal, inseguridad, tristeza, infelicidad, ansiedad, alteraciones emocionales y baja autoestima. ¹⁵

La baja autoestima es un factor de riesgo para la renuncia a la residencia médica, notificada de un 24.5-33.3%, lo cual contrasta con el 19.2% de prevalencia identificada en el estudio realizado por Reyes et.al., en la ciudad de México. ²⁶

Ante la situación, nace la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre autoestima y peso corporal en residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California?

VIII. OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la asociación entre autoestima y peso corporal en residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la autopercepción de autoestima en los residentes adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 con Escala de autoestima de Rosenberg.
- Conocer el peso corporal en los residentes adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 mediante el peso y la talla y cálculo del índice de masa corporal.
- Identificar los datos sociodemográficos: edad, grado residencia, estado civil.

IX. HIPÓTESIS DE TRABAJO

H₁: Existe una correlación positiva entre autoestima e índice de masa corporal.

H₀: No Existe una correlación positiva entre autoestima e índice de masa corporal.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio: correlacional, transversal, prospectivo

- a) Enfoque: cuantitativo
- b) Tipo de estudio: correlacional.
- c) Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, B. C.
- d) Periodo de estudio: marzo-diciembre 2023
- e) Población: Residentes que cursan el posgrado en especialidad de medicina familiar adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Universo de trabajo: Mujeres y Hombres de 24 a 40 años médicos en posgrado de la especialidad de medicina familiar, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Muestreo: no probabilístico

Tamaño de la muestra: censo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Médicos residentes de posgrado de la especialidad de Medicina Familiar, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Criterios de exclusión:

- Residentes que se encuentren en tratamiento con fármacos (antidepresivos o inhibidores de la receptación de serotonina).
- Residentes con diagnóstico de depresión.
- Antecedente de cirugía estética y/o bypass gástrico.
- Residentes que no acepten firmar consentimiento informado.
- Residentes de tercer año que se encuentran en rotación de campo al momento de la recolección de datos.

- Residentes embarazadas.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios con información incompleta o incorrecta.

PROCEDIMIENTO:

Previa autorización por parte del Comité Local de Ética en Investigación y el Comité de Ética en Salud, del director y Coordinador Clínico de la Unidad, se seleccionarán Médicos residentes de posgrado de la especialidad de Medicina Familiar, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27. Una vez identificados se les invitará a ser partícipes del estudio por el tesista y se les entregará un consentimiento informado en el que se describirán las características principales del estudio como sus objetivos, metodología y confidencialidad. En caso de aceptar participar en el estudio, el consentimiento se firmará para posteriormente realizar la entrevista y llenado de hoja de recolección de datos sobre datos personales y aplicación de cuestionarios en consultorio de Medicina Preventiva la unidad de Medicina familiar para salvaguardar la privacidad del sujeto en estudio. Se aplicarán los cuestionarios con la escala de autoestima de Rosenberg, es una escala conformada por 10 reactivos, con opciones de respuesta en escala tipo Likert, busca explorar la autoestima de forma individual, como los sentimientos de valor personal y respeto a sí mismo, con índices de confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.79. Se realizará la medición de peso y talla para así evaluar el índice de masa corporal. Los médicos residentes con alteración en el resultado de la escala de autoestima se enviarán con Medico Familiar para valoración y derivación en caso necesario.

El índice de masa corporal se evaluara con la medición de peso y talla se realizará en base a lo establecido en el Manual de Procedimientos: toma de medicas clínicas y antropométricas en el adulto y adulto mayor de la Secretaria de Salud con una de las básculas con estadiómetro de la Unidad de Medicina Familiar No.27, se solicitará al paciente retirar ropa excesiva, calzado, posteriormente el paciente deberá subir a la báscula de espaldas con la mirada hacia el frente, con ambos pies juntos con

ambos talones en contacto y los pulgares separados, verificando que la espalda esté en línea recta con los brazos cayendo naturalmente hacia los lados. Una vez en posición correcta, se procederá a realizar la medición de talla y peso y se calculará el índice de masa corporal. Al terminar la medición se le indicará al paciente colocarse nuevamente su ropa y sus pertenencias y es como se dará por terminada la intervención.

Instrumentos de medición:

Escala de autoestima de Rosenberg

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a). Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Auto administrada. Interpretación: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considera como una autoestima normal. De 26 a 29 puntos: Autoestima mediano presenta problemas graves, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima. Propiedades psicométricas La escala validada en castellano. Consistencia de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87, la fiabilidad es de 0,80.

Índice de masa corporal

Indicación: Organización Mundial de la Salud (OMS) y un panel de expertos del Instituto Nacional de Salud (NIH) americano recomendaron la categorización del Índice de Masa Corporal (IMC) de la siguiente manera: < 18.5 kg/m² bajo peso, 18.5 a 24.9 kg/m² como peso normal, 25 a 29,9 kg/m² como sobrepeso y 30 kg/m² o más como obesos, con el último subdividido en 30 a 34,9 kg/m² (obesidad de grado 1), 35 a 39,9 kg/m² (obesidad de grado 2) y 40 kg/m² o más (obesidad de grado 3).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable dependiente: autoestima.

Variable independiente: índice de masa corporal.

Autoestima: aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.

Peso corporal: masa o cantidad de peso de un individuo expresado en kilogramos o libras.

Edad: número de años de vida de una persona, medidos a partir de su nacimiento.

Escolaridad: periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.

Talla: estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.

Índice de masa corporal: número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona que se utiliza para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud.

Peso normal: masa o cantidad de peso de un individuo expresado en kilogramos o libras en relación al índice de masa corporal que se encuentra dentro del rango 18.5 – 24.9 kg/m²

Bajo peso: masa o cantidad de peso de un individuo expresado en kilogramos o libras en relación al índice de masa corporal que se encuentra en el rango menor de 18 kg/m².

Sobrepeso: índice de masa corporal igual o superior a 25 a 29.9 kg/m²

Obesidad: a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Con un índice de masa corporal mayor a 30kg/m².

Médico residente: profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.

Género: condición biológica que distingue a las personas en hombre y mujeres

Estado civil: situación de la persona físicas determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.

XII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Autoestima	Sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.	En base a los resultados obtenidos en la escala de autoestima de Rosenberg.	Cualitativa ordinal	1. Elevada: 30 – 40 puntos 2. Media: 26 – 29 puntos 3. Baja: menos de 25 puntos
Peso corporal	Masa o cantidad de peso de un individuo expresado en kilogramos o libras.	Peso expresado en kilogramos, medido en báscula con estadiómetro de la institución.	Cuantitativa Continua	Kilogramos
Edad	Número de años de vida de una persona, medidos a partir de su nacimiento.	Edad en años desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación de cuestionarios.	Cuantitativa Discreta	Rango de edad: 1. 24-30 años 2. 31-40 años 3. Mayor a 40

<p>Médico residente de medicina familiar</p>	<p>Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes.</p>	<p>Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer grado 2. Segundo grado 3. Tercer grado
<p>Estado civil</p>	<p>Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos</p>	<p>Estado civil del participante al momento del estudio.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo

	derechos y deberes.			
Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Estatura expresada en metros, medida con estadiómetro de la institución.	Cuantitativa Continua	Metros
Índice de masa corporal	Número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona que se utiliza para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud.	Medida obtenida del cociente peso en kilogramos entre estatura en metros al cuadrado.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso: < 18.5 kg/m² 2. Peso normal: 18.5-24.9 kg/m² 3. Sobrepeso: 25-29.9 kg/m² 4. Obesidad grado I: 30-34.9 kg/m² 5. Obesidad grado II: 35-39.9 kg/m² 6. Obesidad grado III: > 40 kg/m²

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez terminado el proceso de recolección de datos, con autorización por el comité de investigación, ética en investigación, del investigador principal y del director de la unidad.

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, para variables cuantitativas se utilizará la media, para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizará con χ^2 .

Se utilizará un intervalo de confianza del 95% una p menor a 0.05. Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS versión 26.

XII. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo respeta los aspectos éticos contenidos en la declaración de Helsinki en la 64a Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013. En donde menciona que es deber de los médicos que participan en la investigación médica proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la libre determinación, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los sujetos de la investigación. La responsabilidad de la protección de los sujetos de investigación debe recaer siempre en el médico u otros profesionales de la salud y nunca en los sujetos de investigación, aunque hayan dado su consentimiento.

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud Artículo 17 apartado II, la presente investigación se considera una investigación se considera una Investigación con riesgo mínimo, ya que solamente se trata de un estudio prospectivo con la aplicación de breves cuestionarios, las molestias que esto pudiera ocasionar es el hecho de que algunas preguntas puedan resultar incómodas, el beneficio inmediato para los participantes.

La presente Investigación se encuentra establecida bajo las normas e instructivos internacionales. Previa autorización por el Comité de ética en investigación y la autorización con la firma del consentimiento informado de los pacientes.

Tomando en cuenta los principios básicos del artículo 14 la ley general de salud, donde se hace mención sobre los objetivos de una investigación, artículo 13 que menciona los derechos humanos y bienestar del individuo, cada uno de los participantes deben otorgar o no su consentimiento válidamente infirmado tal como se menciona en los artículos 20, 21 y 22 de la ley general de salud, incluyendo su participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

Es mi deber como investigador hacia el participante mencionado en el artículo 14 fracción I de la ley general de salud; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como se estipula en el artículo 20 de

la ley general de salud, y conforme a lo establecido en el artículo 16, se respetará la privacidad de los participantes.

Dentro del riesgo/beneficio encontramos que la identificación de una baja autoestima permite dar seguimiento y derivación a servicios de apoyo para brindarle al becario prevención y promoción de la salud mental, logrando así una auto aceptación, manejo del estrés y cambios en el estilo de vida para mejorar hábitos alimentarios que es el punto de este estudio, pero que va de la mano con otros hábitos.

Toda la información generada por esta investigación se resguardará por el investigador responsable, asegurando así la privacidad y confidencialidad de los sujetos de estudio.

XIII. RECURSOS: HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

Se cuenta con los recursos humanos.

- Investigador responsable: Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito en la Unidad de Medicina Familiar Número 27.
- Tesista: Sarah Guadalupe Acosta Lizárraga. Residente Tercer año de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 27.
- Población: residentes Medicina Familiar.

Se cuenta con los recursos materiales para realización del estudio:

- Área física: infraestructura (consultorios de medicina preventiva o aulas disponibles), inmuebles de propiedad del IMSS.
- Formatos de recolección de información: copias de hojas de recolección de datos y copias de cartas de consentimiento informado.
- Papelería: computadora personal, impresora, programa estadístico SPSS – 25, hojas blancas (1 resma tamaño carta) para copias de las encuestas y consentimientos informados, lápices (Caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

Los recursos financieros serán solventados por el investigador principal.

BIOSEGURIDAD Y FACTIBILIDAD

El presente estudio es factible que se realice, ya que se cuenta con los recursos, infraestructura y materiales necesarios para realizarlo.

BIOSEGURIDAD

No cuenta con problemas de bioseguridad, ya que no se utilizará pruebas, ni muestras que comprometan la bioseguridad del paciente, ni se implementaran técnicas invasoras, procedimientos mayores o quirúrgicos, uso de placebos que puedan comprometer la bioseguridad del paciente.

XIV. RESULTADOS

Se realizó la invitación a participar en el estudio a 38 residentes de los tres diferentes grados a participar en el estudio para evaluar si existe asociación entre el peso corporal y el nivel de autoestima en esta población de la Unidad de Medicina Familiar No. 27. Se terminaron incluyendo a 33 residentes que cumplieron con los criterios de inclusión, 5 de los participantes fueron excluidos por estar en tratamiento farmacológico con antidepresivos.

La media de edad de los residentes incluidos fue de 30.39 años, la mediana y moda fueron de 30 años, con desviación estándar de 2.85, el participante de menor edad tenía 27 años al momento del estudio y el de mayor edad 38 años. En cuanto al peso medio, este fue de 75.71 kilogramos (kg), la mediana de 72 y la moda 80 kg, presentando una desviación estándar de 21.193, el peso mínimo fue de 48 kg y el peso máximo de 160 kg. El promedio de talla fue de 1.65 m, la mediana 1.63 m, y la moda 1.60 m, con desviación estándar de 8.723, el valor mínimo de talla se reportó en 1.53 m y la talla máxima 1.86 m. Finalmente, el índice de masa corporal promedio calculado fue de 27.06 m²/kg, la mediana se encontró en 26.1 y la moda fue de 20.5 m²/kg, la desviación estándar fue de 5.19, el índice de masa corporal de menor valor registrado fue de 20.5 y el máximo de 46.7 m²/kg.

Referente al grado de los participantes, la mayoría se encontraban cursando el tercer año de residencia, representado el 45.5% (n=15), seguido de los residentes de segundo año, incluyéndose 14 participantes que representa el 42.4%, sólo el 12.1% (n=4) se encontraban cursando el primer año (fig. 1).

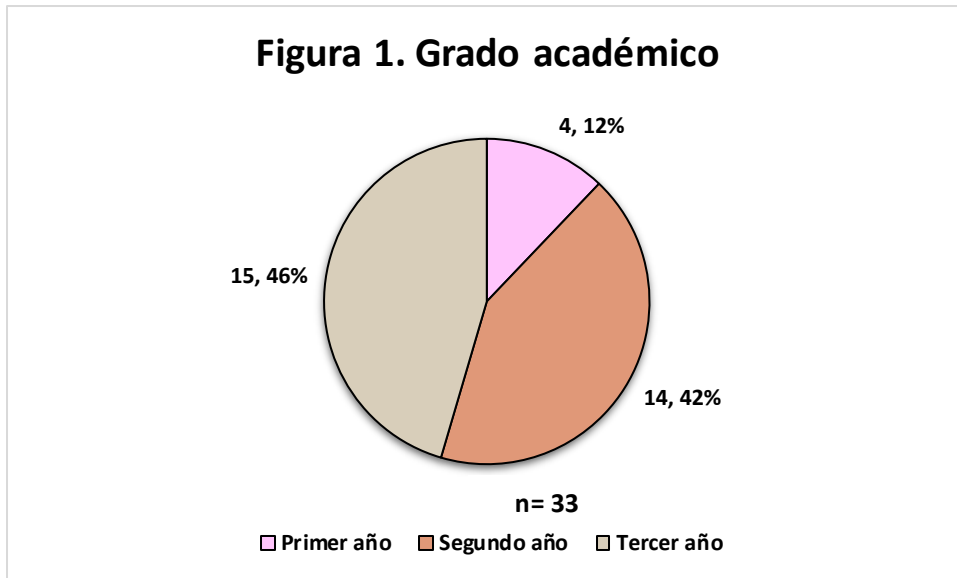


Figura 1. Gráfico circular que representa frecuencia y porcentaje del grado académico de los residentes incluidos en el estudio.

El índice de masa corporal predominante en la muestra fue el concordante con sobrepeso, pues 42.4% (n=14) se encontraron en esta categoría. 33.3% (n=11) presentaron peso normal y el 24.2% restante presentaron algún grado de obesidad (fig. 2).

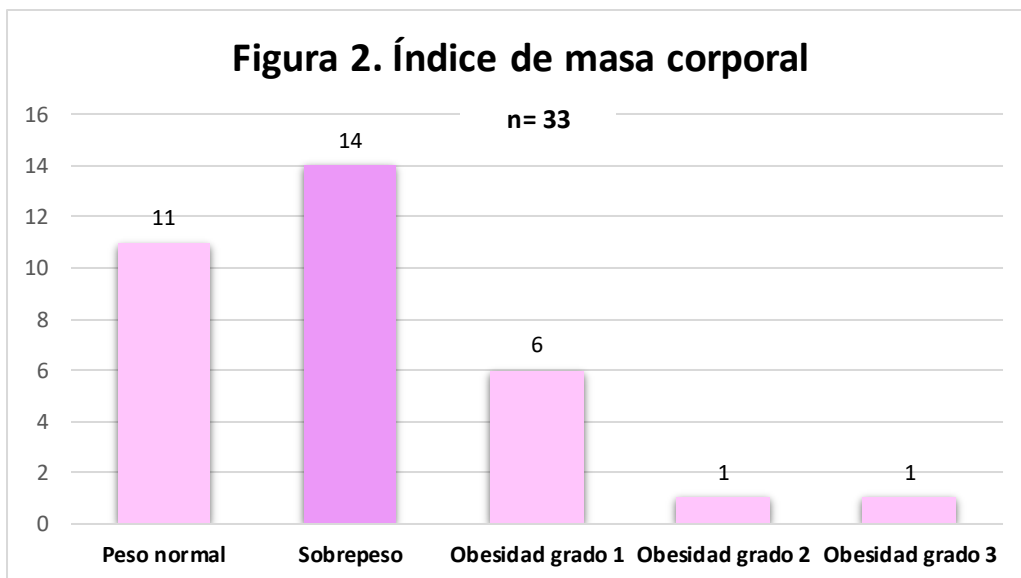


Figura 2. Gráfico de barras en el que se muestra la distribución de frecuencias por índice de masa corporal, así como la subdivisión de los grados de obesidad.

El grado de autoestima se encontró elevado en la mayoría de los participantes, ya que el 75.8% (n=25) de los residentes obtuvo tal puntuación, sólo 18.2% (n=6) se encontraron con autoestima media y el 6.1% restante (n=2) tuvo baja autoestima (fig. 3).

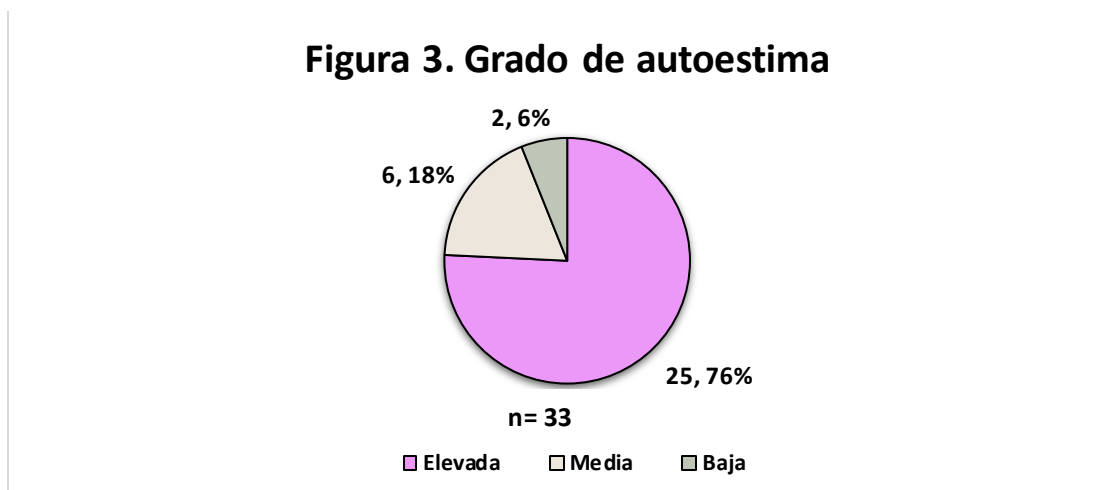


Figura 3. Gráfico de pastel de la frecuencia de los tres diferentes grados de autoestima de los participantes.

El rango de edad se agrupó de los 21 a los 30 años y de los 31 a los 40 años, encontrando que el primer grupo fue representado por el 66.7% (n=22), mientras que los del segundo fueron el 33.3% (n=11) (fig. 4).

Figura 4. Rango de edad

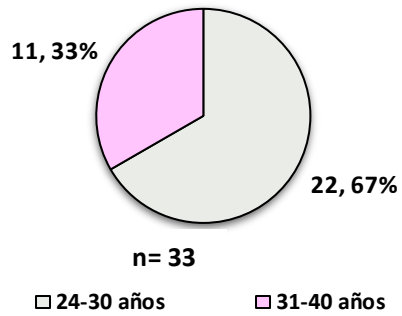
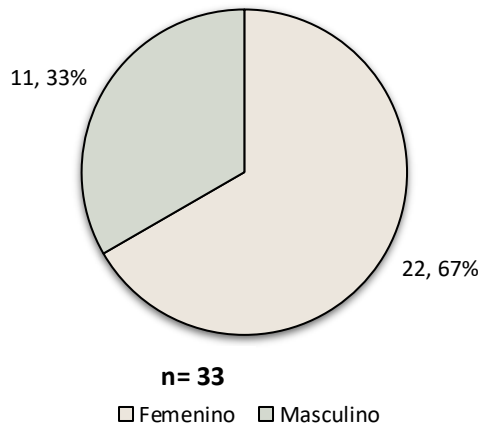


Figura 4. Gráfico de pastel del rango de edad.

Dos terceras partes de la muestra se identificaron con el sexo femenino y el 90.9% (n=30) comentaron ser solteros, 6.1% (n=2) estaban casados al momento del estudio y 3% (n=1) en unión libre (fig. 5).

Figura 5. Sexo y estado civil



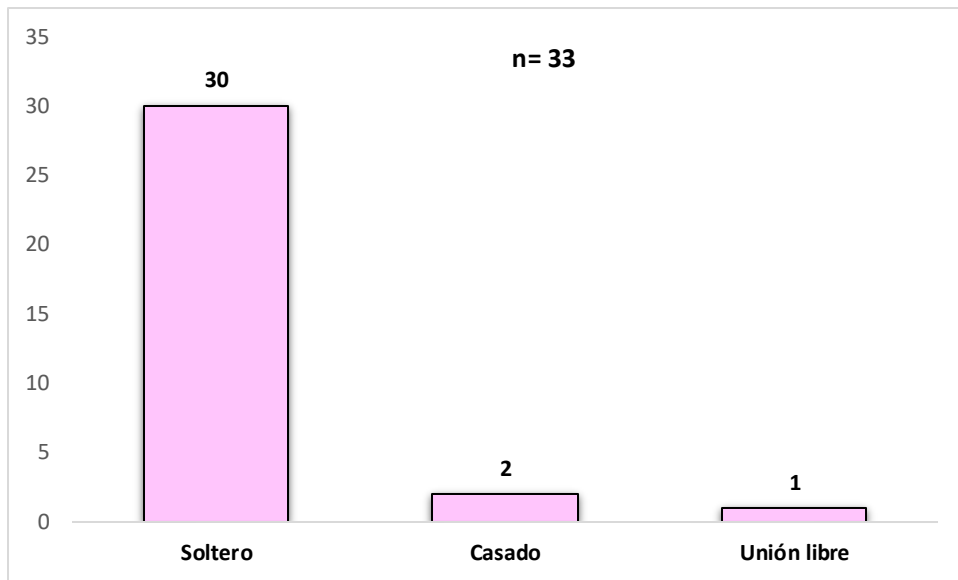


Figura 5. Gráfico circular y de barras que expresan las frecuencias de las variables sexo y estado civil, respectivamente.

Los resultados fueron analizados en el programa estadístico IBM SPSS versión 26 tomando como valor estadísticamente significativo aquél de p menor a 0.05. Se utilizaron pruebas de distribución para evaluar si esta era normal mediante la prueba de Shapiro Wilk y se obtuvo un resultado de .455 para la variable autoestima y de .258 para la variable cualitativa índice de masa corporal, en ambos el valor de p fue de .000 que concuerda con un valor significativo, por lo tanto, asumimos que los valores no siguen una distribución normal concorde con la hipótesis de contraste de esta prueba.

Debido a lo anterior se procedió a emplear pruebas de asociación y relación como chi cuadrada y tau c o tau b de Kendall según correspondiera.

Inicialmente se construyó una tabla de contingencia para las variables de principales de estudio índice de masa corporal y el grado de autoestima, tal como se muestra a continuación:

Tabla 1. Tabla de contingencia o tabla 2x2.

Alteración del estado nutricional *	Grado de Autoestima**		TOTAL
	Elevada	Baja	
Con	16	6	22
Sin	9	2	11
TOTAL	25	8	33

*Alteración del estado nutricional fue definido como cualquier resultado mayor a peso normal acorde con la clasificación del sobrepeso y obesidad según la Organización Mundial de la Salud.

**Autoestima baja se definió como cualquier resultado diferente a autoestima elevada en la escala de autoestima de Rosenberg.

Una vez construida esta tabla se procedió a utilizar la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado para evaluar la asociación entre estas dos variables obteniendo un valor de .330 para la prueba con valor de $p=.566$. El valor de correlación de Spearman fue de $-.100$ con valor de $p=.580$. Con base en estos resultados se rechaza la hipótesis de investigación ya que el valor de p no es estadísticamente significativo (asumimos la hipótesis nula).

Como resultados secundarios se evaluó la asociación del nivel o grado de autoestima con el resto de variables cualitativas estudiadas. Para la mayoría de estas se empleó la prueba no paramétrica tau b o tau c de Kendall según correspondiera.

Las variables principales también fueron analizadas como tipo cualitativo ordinal, obteniendo la siguiente tabla cruzada:

Tabla 2. Tabla cruzada de las variables cualitativas ordinales índice de masa corporal y grado de autoestima.

Índice de masa corporal	Autoestima			TOTAL
	Elevada	Media	Baja	
Peso normal	9	2	0	11
Sobrepeso	10	2	2	14
Obesidad grado 1	4	2	0	6
Obesidad grado 2	1	0	0	1
Obesidad grado 3	1	0	0	1
TOTAL	25	6	2	33

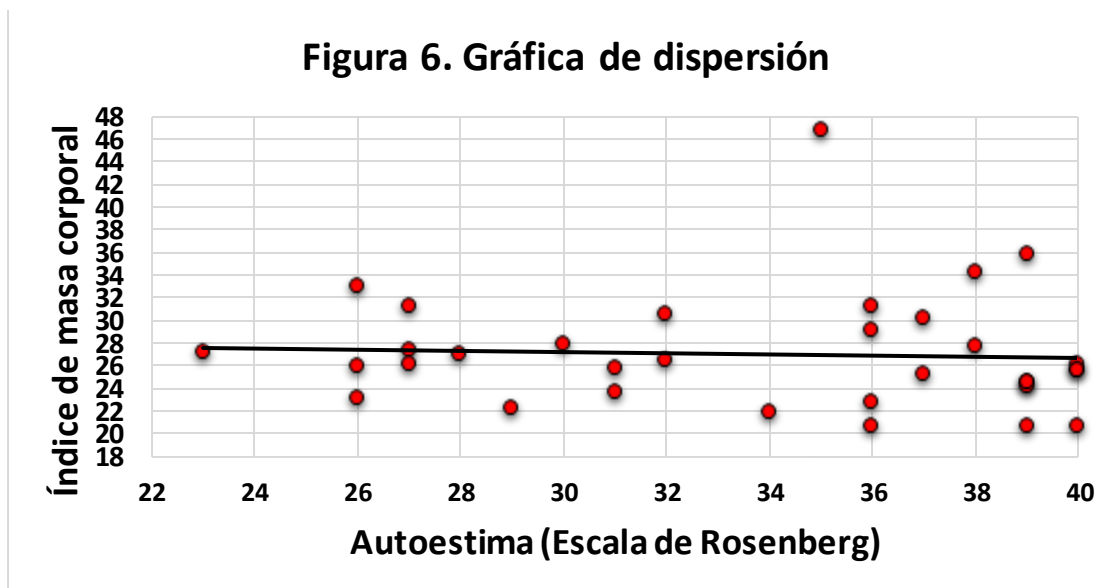


Figura 6. Grafica de dispersión de la relación entre las variables en el eje de las X nivel de autoestima y en el eje de la Y el índice de masa corporal.

Con estos resultados se empleó la prueba tau C de Kendall con valor de .039 con $p=.713$, nuevamente obteniendo valores estadísticamente no significativos.

Para valorar la asociación entre el grado académico y el nivel de autoestima se empleó la prueba tau B de Kendall, generando un resultado de $-.456$ y $p=.000$ haciendo estadísticamente significativa la asociación entre estas variables, ya que el 100% de los residentes de tercer año contestaron concordante con elevada autoestima.

La prueba tau C de Kendall se usó para valorar asociación entre el rango de edad y el grado de autoestima, el resultado fue de $.018$ y $p=.896$ y finalmente se utilizó nuevamente tau B de Kendall para las variables estado civil y autoestima, el resultado para estas dos últimas fue de $.043$ con $p=.802$.

XV. DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio fue analizar si existía relación entre el nivel de autoestima y el peso corporal en la unidad de medicina familiar no. 27 la ciudad de Tijuana, Baja California, el estudio se llevó a cabo con la población de estudio de 5 residentes de primer grado. 15 residentes de segundo grado y 18 residentes de tercer grado, dando un total de 38 residentes, de los cuales 33 solo cumplieron con los criterios de inclusión. Los profesionales de la salud no estamos exentos a padecer trastornos físicos o psicológicos, en especial los médicos residentes que se encuentran expuestos a diversos factores de riesgos biológicos y psicosociales, ligados en al nivel de autoestima, que puede verse alterados, y que repercuten en la salud del profesional, organización, satisfacción laboral y en la calidad asistencial prestada, en este caso, la relación médico – paciente – familia, ya que a diario estamos en contacto con el dolor, la muerte, la responsabilidad sobre la salud de terceros, una elevada carga de trabajo, la presión social, entre otros. En nuestro estudio la media de edad de los residentes del total de los participantes incluidos fue de 30.39 años, siendo el sexo masculino el más en un 23.62% y un en 11. 33% del sexo femenino, el peso medio, fue de 75.71 kg, el peso mínimo fue de 48 kg y el peso máximo de 160 kg. El promedio de la talla fue de 1.65 m, la mediana 1.63 m, siendo la talla mínima de 1.53 m y la máxima de 1.86 m. La mayoría de los residentes cursan con sobrepeso, y en una menor cantidad con obesidad en sus diferentes grados, el resto se mantenía en peso normal.

Al respecto se realizó una investigación por Ramírez – Osuna *et al.*, la cual tenía como objetivo evaluar la precisión del autorreporte de índice de masa corporal y de la percepción de la imagen corporal en población adulta mexicana, El estudio incluyó a 934 individuos, trabajadores IMSS con un rango de 18 y 89 años de edad, de los cuales 62.6% fueron mujeres; éstas tuvieron una media de talla de 1.55 m y un peso de 65.4 kg, mientras que en los hombres la media de talla fue de 1.67 m y el peso de 77.7 kg. La media del IMC fue de 27.4 kg/m² (mujeres: 27.2 kg/m²; hombres: 27.8 kg/m²) en el cual no hubo diferencia en la precisión

de la estimación del IMC por sexo; para todas las edades combinadas, las estimaciones de los hombres fueron menos precisas que las de las mujeres, donde la prevalencia de obesidad fue de 23.5% (mujeres 21.5% y hombres 26.6%) para el IMC medido 30 kg/m². Que referente al estudio realizado en la unidad, hay cierta similitud con lo que corresponde al género, pero con relación a la edad, se encuentra fuera del rango, se observa, que en ambos estudios mencionados el peso corporal normal, se reporta en menor cantidad, siendo este una llamada de alerta para iniciar con cambios significativos en el estilo de vida.

Además, que es importante mencionar que, si bien existen muy pocos estudios realizados en el personal de salud a nivel académico, como en este caso médicos en posgrado, principalmente médicos familiares, tomando en cuenta que son la línea del primer contacto, con la población derechohabiente del IMSS, ya que, si contáramos con un tamizaje adecuado, para prevención de sobrepeso y obesidad.

Con respecto al nivel de autoestima, evaluada con el cuestionario de Rosenberg, los resultados obtenidos la población estudiada (N=33) 22 participantes con alteraciones en el peso corporal (sobrepeso y obesidad), 16 contaban con autoestima elevada, y 6 con autoestima baja, 11 participantes sin alteraciones del peso corporal (peso normal), 9 con autoestima elevada y 2 con autoestima baja. Dentro de los hallazgos pudimos corroborar que los resultados obtenidos no existían correlación positiva entre el peso corporal y la autoestima, por lo tanto, sería importante actuar con base a los resultados obtenidos, que en un futuro pudiera generar complicaciones.

De acuerdo con la relación de las variables de índice de masa corporal y con relación al nivel de autoestima se obtiene como resultado, un total de 11 residentes de medicina familiar con peso normal, de los cuales 9 presentaban autoestima elevada, 2 autoestima media, 14 residentes de medicina familiar 1 con sobrepeso, de los cuales, 10 presentaban autoestima elevada, 2 autoestima media y 2 autoestima baja, 6 residentes de medicina familiar presentaban obesidad grado 1, los cuales 4 con autoestima elevada, 2

autoestima media, 1 residente de medicina familiar con obesidad grado 2, presento autoestima elevada y por ultimo 1 residente con obesidad grado 3, obteniendo un nivel de autoestima elevada. Por lo que se determina que no existe asociación.

Como menciona Hilares MS *et al.*, en un estudio donde se tenía como objetivo general el determinar la relación entre autoestima y el aprendizaje en el área de personal social en niños de 5 años, donde se llegaba a la conclusión que no existía relación entre la autoestima y el aprendizaje. Al evaluar la asociación entre el grado académico y el nivel de autoestima, se obtuvo resultados significativos del 100% de los residentes de tercer grado con autoestima elevada, esto se puede suponer a su mayor grado de experiencia a nivel profesional y personal, mayor adaptabilidad, conocimiento del entorno hospitalario y relaciones interpersonales, sin embargo, el resto con autoestima media o baja pertenecían a residentes primer y segundo grado, quizá por el enfrentamiento a diferentes escenarios en la vida diaria, tanto como profesional o laboral. Aunque las características de la población no coincidan con las mismas de la población de este estudio, los resultados con lo referente al nivel de autoestima arrojan que no hay asociación como tal.

Una de las limitaciones en el presente en el estudio fue que contamos con el 100% de los residentes ya que se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico, por lo que fue motivo de exclusión. Con los resultados obtenidos tenemos una gran área de oportunidad para actuar con beneficio de la salud física y mental de los residentes que cursa posgrado de medicina familiar, esperando obtener resultados positivos que repercutan en su calidad de vida, su salud, tanto física y psicológica. Con lo obtenido en el estudio realizado se demuestra que existen factores que no se asocian con lo que respecta al peso corporal y el nivel de autoestima, dando pie a la búsqueda para forjar nuevas bases en una atención oportuna con respecto a la salud, y el enfoque al peso corporal, y por otra parte mejorar el nivel de autoestima en el personal de salud. Actualmente existe pocos estudios que tengan relación con el nivel de autoestima y el peso corporal y

principalmente en la población mexicana y en este caso residentes de medicina familiar, sería importante impulsar y dar continuidad a este tipo de estudios, esto con el fin de ayudar a formar, capacitar y prevenir a los trabajadores encargados del primer contacto de salud del IMSS, donde se podría mejorar un mejor ambiente laboral, con un mejor desempeño profesional y psicosocial.

XVI. CONCLUSIONES

Durante el proceso de investigación se vio la necesidad de asociar si el peso corporal tenía relación con el nivel de autoestima del médico en posgrado, en este caso los residentes de la especialidad de medicina familiar. Se daba por hecho que cierta parte de la problemática de los cambios físicos y psicológicos se debían a este factor.

Al momento de recolectar resultados, nos dimos cuenta que no existe como tal una asociación significativa con este problema, ya que la mayoría de los residentes de medicina familiar de la ciudad de Tijuana, Baja California, se encontraban en un 75.8% con autoestima elevada, 18.2 % de autoestima media y 6.1 % de autoestima baja. Algo que llama la atención que se podría considerar más adelante, es el resultado que tienen los residentes de tercer grado en comparación con los demás grados de la misma especialidad. Sería importante determinar los factores, que si bien mencionamos es algo satisfactorio, al poder observar que en su mayoría se encuentra un equilibrio, pero como dice su definición, la autoestima solo es una autopercepción de uno mismo.

Respeto a los resultados relacionados con el peso corporal, la tendencia al sobrepeso es aumentada, por lo que sería un área de oportunidad para iniciar con medidas preventivas, un porcentaje más bajo el peso normal y ligeramente unos casos aislado relacionados con la obesidad. Sería importante en estudios futuros evaluar si la calidad de vida del residente es el causante de estos resultados o buscar algún otro factor desencadenante, pero como ya se mencionó, no existe asociación con respecto a la autoestima.

Sabemos que el nivel de estrés o tareas por realizar cambia con el paso del tiempo, así que no se podría atribuir como tal, pero más sin embargo sabemos que nuestras prácticas y competencias van mejorando con el paso de este mismo. La experiencia adquirida, también juega un papel importante al momento de la toma de decisiones al momento de abordar, tratar, diagnosticar y dar seguimiento a un paciente, claro no está demás decir que los logros, las

satisfacciones personales, laborales y familiares influyen a una mayor seguridad en sí mismo.

Durante la realización de este protocolo fueron muchas las dudas y la incertidumbre de los participantes, ya que hablar de peso y talla corporal para muchos no era de lo más agradable, por diferentes factores debidos al ambiente ajenos a nosotros, al realizar el cuestionario de autoestima de Rosenberg no hubo contratiempos, las preguntas no eran confusas y eran fáciles de contestar.

Con lo referente a los resultados obtenidos, es importante implementar programas que ayuden a prevenir posibles complicaciones a futuro, y dar enfoque a los casos vulnerables con autoestima baja para descartar o tratar algún factor desencadenante, fortalecer la autoestima media en los participantes con este resultado, y seguir motivando a los residentes con autoestima elevada.

Sabemos que el ser humano está relacionado con factores que influyen fuertemente con desarrollo físico, psicológico y social. Por lo que es importante actuar de manera en el cual podamos mejorar esta interacción de manera positiva abarcando las tres áreas mencionadas.

Como parte del primer nivel de atención es necesario actuar de manera inmediata para la prevención de los factores de riesgo, como en este caso seria las enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad por mencionar algunas, con la promoción de actividad física, la optimización de horarios de comida, así como mejora de sus hábitos de sueño, redistribución de tareas a nivel educativo.

Existen en la actualidad diferentes programas y métodos de aprendizaje, que será importante retomar cada cierto tiempo, como bien sabemos, lo que no se practica, con el tiempo se termina olvidando.

Es importante la evaluación periódica del estado de salud óptimo de los médicos en posgrado, no solo con el enfoque de buscar alteraciones, si no como ya se mencionó, detectar y tratar oportunamente.

Sería ideal que la evaluación por parte SPPSTIMSS, sea de forma trimestral, para así llevar un seguimiento ordenado, que sea acorde con las actividades que como residentes tenemos.

Apoyarnos de los servicios de la unidad de medicina familiar, como lo es trabajo social y nutrición, para así encontrar un desarrollo óptimo de nuestra salud física, psicológica, ya que el hecho de ser médicos, no nos exenta a no padecer enfermedades.

Fomentar alimentación saludable, mediante establecimiento de horarios, principalmente acorde a los horarios y necesidades que cada uno maneja como residentes; sería casi imposible que los horarios sean acordes a las demás personas, por eso se sugiere individualizarlo en conjunto con el equipo de nutriólogos o expertos.

Realizar actividad física durante mínimamente 30 minutos al día, como ya se mencionó buscar de manera individualiza siempre y cuando no exista un impedimento, buscar y realizar un plan con los tiempos y los días que se tengan para que sea oportuno llevarlos a cabo. Hoy en día ya existen aplicaciones en nuestros teléfonos inteligentes que nos ayudan a estar más al pendiente de nuestro bienestar, nos recuerdan que ya es hora de realizar respiraciones de relajación durante un minuto, meditar o pararnos en caso de estar sentados por más de 1 hora. Mejorando nuestra concentración, disminuir tensiones, estrés y motivando a seguir en movimiento.

Las redes de apoyo se ha vuelto un papel fundamental e importante. Con respecto a mi punto de vista un factor que genera un estado psicológico estable, que si bien, no se puede obligar a las personas a integrarse a otros grupos, pero fomentarlos siempre es de mucha ayuda.

El posgrado o residencia es la etapa en la cual pasamos situaciones más satisfactorias, pero también de las más estresantes que durante la formación como médico especialista se pueda vivir, la mayoría de las veces se encuentra con diferentes actividades y con tiempos, horarios casi no disponibles, los cuales

no son acordes a los del resto del núcleo familiar, limitando así socialización. Además, que se está expuestos a infinitas emociones en área laboral, triunfos y sin sabores, y al final día nuestra mente en ocasiones no asimila de la manera más indicada, lo que limita la funcionalidad e interacción con los que nos rodean. Considero que sería importante realizar cursos o prácticas que aumenten la integración personal y grupal. Fomentar la comunicación entre los tres grados de la especialidad, ayudando a fortalecer relaciones de amistad o de trabajo, para mejorar el equilibrio, si bien recordamos, y si algo malo no pasa, tendremos a las mismas personas durante 1095 días, y que mejor mantener la homeostasis bio- psico – social en buen estado.

Fomentar el reforzar nuestras aptitudes y logros personales, ya que esta, es la validación de la autopercepción de uno propio. Con respecto al re fortalecer el nivel de autoestima, sería importante apoyarnos del servicio de psicología y psiquiatría, para diagnosticar, tratar y dar seguimiento en caso de un trasfondo patológico.

No obstante, no debemos dejar de lado las medidas preventivas como son: pensar en sí mismo, alimentarse con base a la dieta correcta, tomarse el tiempo para hacer algo que disfrute, pasar el tiempo con personas que nos hagan bien, y no olvidar las afirmaciones positivas, también sería de utilidad el realizar una retrospectiva de vida cuestionándonos en segunda persona y de manera más amable, empática y positiva lo siguiente: donde estas ahora, que has logrado en tu vida, reconocer fortalezas y cosas por las que te puedes sentirte orgulloso, comer tu comida favorita. También sería conveniente el realizar actividades que fomenten bienestar físico, por ejemplo: bailar, cantar, caminar o simplemente no hacer nada, por mencionar algunas.

Existe una lista de 170 acciones diarias para transformar el mundo en un lugar mejor, considero que es importante mencionar, ya que la OMS además de la protección de la naturaleza, la vida y la salud también menciona acciones importantes, como igualdad de género, salud y bienestar, entre otros, que fomenta acciones positivas, por ejemplo: no fumar, tómate un tiempo para ti y

tus amigos, duerme lo suficiente, comparte tus destrezas de éxito, incluso las que no salen en los titulares, etc. Ya sabiendo esto buscar la forma de implementar un plan para llevarlos a cabo los que se encuentren al alcance y dentro de las posibilidades individuales.

Se gestionará y se solicitara ayuda al departamento de enseñanza la implementación de un buzón y comité de manera interna, que llevará por nombre: S.O.S., para en caso de que existan personas que se sientan en situación vulnerable, en este caso, el pedir ayuda sobre cómo actuar o tomar acción, sobre problemas relacionados con autoestima, se sientan con la confianza de acercarse a las personas indicadas. Las estrategias, recursos e ideas para prevenir y mejorar si existen, solo falta implementarlos.

Se sugiera el inicio de programas que fomenten la salud física en la unidad, en el cual se incluyan a los residentes, actualmente se cuenta con bicicletas estacionarias, las cuales pueden ser utilizadas en horarios no especificos, como una estrategia para la mejora de actividad salud física y emocional.

Se puede implementar clases matutinas o vespertinas, de 45 minutos de actividad física donde integren los tres grados de residentes, siendo estas por mencionar algunas, zumba, yoga, meditación, etc.

Considero que aún estamos a tiempo para realizar unas acciones positivas dentro de lo físico, psicológico y social. Toda persona somos agente de cambios, seamos una cadena de acciones positivas, no solo para los pacientes, si no para nosotros mismos, para obtener un gran impacto dentro de nuestra vida, trabajo, pacientes, amigos y demás seres vivos que nos rodean. Más que el cambio que los pacientes necesitan, seamos la diferencia que necesitamos para tratar de tener una vida sana contribuyendo a un estado de salud optimo y equilibrado.

Aún faltan más estudios por realizar en residentes, siempre me pareció un tema importante, ya que durante nuestra formación somos el primer contacto con los derechohabientes, y en un futuro, seremos a los médicos tratantes, y que mejor poder brindar un poco de las cosas buenas que tenemos que ofrecer, no solo

como médicos, si no como personas que cuidan de sí mismas, garantizando así una mejor atención integral para todos.

Este estudio puede ser parteaguas para más estudios con la finalidad de obtener respuestas ante las situaciones que se presentan durante su adiestramiento, como identificar factores en los médicos, calidad de vida, etc. Existe un sinfín de ideas relacionada a este tema, no solo a los que cursan un posgrado, sino también se pueden incluir al resto del equipo de salud.

No es una tarea fácil, pero tampoco imposible, pero implica tiempo y compromiso. La prevención está en nuestras manos.

XVI. ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA.

Actividad	Noviembre de 2021 – Diciembre 2022	Enero- febrero 2023	Marzo- abril 2023	Mayo – diciembre 2023	Enero 2024
Elaboración del protocolo	X				
Aceptación de protocolo		X			
Recolección y captura de datos.			X		
Análisis de resultados				X	
Redacción de discusión y conclusión					X
Presentación a sinodales					X

ANEXO 2. HOJAS RECOLECCIÓN DE DATOS.

“Asociación entre autoestima y peso corporal en Residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana Baja California”.

Fecha: _____

Nombre (iniciales): _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

Índice de masa corporal: _____

Número de folio	
Edad	<ol style="list-style-type: none">1. 24 – 30 Años2. 31 – 40 Años3. Mayor de 40
Sexo	<ol style="list-style-type: none">1. Femenino2. Masculino
Estado civil	<ol style="list-style-type: none">1. Soltero2. Casado3. Viudo4. Divorciado5. Unión libre
Toma usted algún medicamento: Tienes usted alguna cirugía, ¿Cuál?	
En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?	
IMC	<ol style="list-style-type: none">1. Bajo peso: < 18.5 kg/m²2. Peso normal: 18.5-24.9 kg/m²3. Sobrepeso: 25-29.9 kg/m²4. Obesidad grado I: 30-34.9 kg/m²5. Obesidad grado II: 35-39.9 kg/m²6. Obesidad grado III: > 40 kg/m²
Médico residente de medicina familiar	<ol style="list-style-type: none">1. Primer grado2. Segundo grado3. Tercer grado.
Autoestima	<ol style="list-style-type: none">1. Elevada: 30 – 40 puntos2. Media: 26 – 29 puntos3. Baja: menos de 25 puntos.

ANEXO 4. INSTRUMENTO.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .


De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD</p> <p style="text-align: center;">COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	<p>Nº de Folio</p>
<p>Nombre del estudio:</p>	<p style="text-align: center;">Asociación entre autoestima y peso corporal en Residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana Baja California</p>	
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California. Octubre 2022</p>	
<p>Número de registro institucional:</p>	<p>R – 2023- 204 – 028</p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Actualmente México ocupa el primer lugar en sobrepeso y el segundo en obesidad a nivel mundial esto aunado a presentarse entre los rasgos psicológicos que se han asociado a la obesidad se encuentran inadecuada calidad de vida y depresión. Sentimientos de temor, percepción negativa de la imagen corporal, inseguridad, tristeza, infelicidad, ansiedad, alteraciones emocionales y baja autoestima. Por ello el presente estudio se basa en conocer si existe asociación entre autoestima y peso corporal en residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California.</p>	
<p>Procedimientos:</p>	<p>En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista sobre datos personales como son edad, sexo. Se le aplicará un cuestionario llamada escala de autoestima de Rosenberg, que busca conocer la autoestima de forma individual, como los sentimientos de valor personal y respeto a sí mismo. Se realizará la medición de peso y talla para así identificar su índice de masa corporal. El peso y talla se tomarán con una báscula con estadiómetro de la Unidad, donde se solicitará que se retire ropa excesiva, calzado, para subir a la báscula de espaldas con la mirada hacia el frente, con ambos pies juntos con ambos talones en contacto y los pulgares separados, verificando que la</p>	

	espalda esté en línea recta con los brazos cayendo naturalmente hacia los lados. Una vez en posición correcta.
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos son mínimos, ya que solamente se trata de aplicación de breves cuestionarios. Algunas molestias que puede tener son el hecho de que algunas preguntas pueden resultarle incómodas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Dentro del riesgo/beneficio encontramos que la identificación de una baja autoestima permite dar seguimiento y derivación a servicios de apoyo para brindarle al becario prevención y promoción de la salud mental, logrando así un auto aceptación, manejo del estrés y cambios en el estilo de vida para mejorar hábitos alimentarios que es el punto de este estudio, pero que va de la mano con otros hábitos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Con los resultados obtenidos se podrá dar seguimiento en grado caso de que el aumento o disminución de autoestima valorada por el instrumento de Rosenberg asociada con el peso corporal, tratar y derivar a residente que curse con este resultado.
Participación o retiro:	El paciente tiene la libertad de decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte su relación con el instituto o con el departamento de educación. Recibiendo respuesta a todas las dudas que tenga en todo momento.
Privacidad y confidencialidad:	No se le identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. La información proporcionada será confidencial, todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que solo usara los códigos numéricos.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No acepto participar.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	

Investigadora o Investigador Responsable:	<p>Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando</p> <p>Médico especialista en Medicina Familiar</p> <p>Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27</p> <p>Matricula: 98020718</p> <p>Institución: IMSS. Baja California.</p> <p>Teléfono: (664) 329 88 37</p> <p>Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx</p>
Tesista:	<p>Sarah Guadalupe Acosta Lizárraga</p> <p>Residente segundo año de Medicina Familiar</p> <p>Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27</p> <p>Matricula: 97023518</p> <p>Institución: IMSS, Baja California.</p> <p>Teléfono celular: (667) 418 6182</p> <p>Correo electrónico: saguacli@hotmail.com</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx</p>	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del participante</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p> <p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 6. CARTA DE DECLARACIÓN DE AUTORIDAD EDUCATIVA.

CARTA DE DECLARACION DE AUTORIDAD EDUCATIVA

Tijuana Baja California a 20 de Diciembre de 2022.

Asunto: Evitar Coacción en Médicos Residentes de la UMF No. 27

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), su autorización bajo protesta de decir la verdad que no existe coacción alguna para obligar a los médicos residentes a participar en la realización del protocolo de investigación titulado:

"EVALUCION DE AUTOESTIMA Y SU ASOCIACIÓN DEL PESO CORPORAL EN RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 27, TIJUANA BAJA CALIFORNIA"

Se realizará conforme a las condiciones específicas de la investigación y apegado a los principios éticos que se estipulan en dicho protocolo, en el cual se utilizaran cuestionarios de evaluación cuyo resultado no condicionara represalias en su formación académica. Por lo cual mi decisión es:

Si deseo participar _____

No deseo participar _____

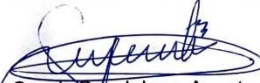
Sin más por el momento, se envía un cordial saludo.

Atentamente:



Dra. Vanessa Iseña Bermúdez Villalpando
Coordinación de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 27
Tijuana, Baja California

Dra. Catalina Verdín Bravo
Médico especialista en Medicina Familiar e Investigador responsable



Dra. Sarah Guadalupe Acosta Lizárraga
Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar

c.c.p. Médico Residente

ANEXO 7. CARTA NO CONVENIENCIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE NO INCONVENIENCIA

Tijuana, Baja California a 20 del mes de diciembre del año 2022

Comité Local de Investigación en Salud
Comité de Ética en Investigación
Presente

En mi carácter de Director General de la Unidad de Medicina familiar Numero 27, declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título: "Evaluación de autoestima y su asociación del peso corporal en residentes de la Unidad de Medicina Familiar N° 27, Tijuana Baja California", que será realizado por Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando, como Investigadora Responsable en caso de que sea aprobado por los Comités de Evaluación.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente

Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

XVII. BIBLIOGRAFIA

1. Cristina Avitia G, Portillo Reyes V, Reyes Leal G, Loya Méndez Y. Relación del índice de masa corporal con felicidad, autoestima y depresión en adultos jóvenes. *Noesis Rev Cienc Soc Humanid.* 2018;27(53-1):51-63.
2. Mesa-Fernández M, Pérez-Padilla J, Nuñez C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Cien Saude Colet [Internet].* 2019;24(1):115-24.
3. Barquera S, Campos I, Rojas R, Rivera J. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gac Med Mex.* 2010; 146:397-407.
4. Ferreira-Hermosillo A et al. Tratamiento de obesidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018;56(4): 395-409.
5. De La Cruz Yamunaque E, abril-Ulloa V, Arévalo Peláez C, Palacio Rojas M. Subestimación del índice de masa corporal a través de la autopercepción de la imagen corporal en sujetos con sobrepeso y obesidad. *Arch venez farmacol ter [Internet].* 2018;37(3):235-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?>
6. Simmons R, Phillips KA. Características clínicas centrales del trastorno dismórfico corporal: preocupaciones por la apariencia, emociones negativas, creencias centrales y conductas repetitivas y de evitación. En: *Trastorno dismórfico corporal: avances en investigación y práctica clínica*, Phillips KA (Ed), Oxford University Press, Nueva York 2017.

7. Rincón Barreto DM, Restrepo Escobar SM, Correa Pérez LF, Jorge Ospina Duque J, Montoya Arenas DA. Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. Cuad hispanoam psicol.2020;19(1):1–16
8. Uribe-Carvajal R, Jiménez-Aguilar A, Morales-Ruan MC, Salazar-Coronel AA, Shamah-Levy T. Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. Salud Publica Mex 2018; 60:254-262.
9. Moral-García JE, González-Palomares A, García-Cantó E, Tárrega-López PJ. Riesgo de dependencia y autoestima en personas mayores de 60 años según la actividad física y el consumo farmacológico. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 27 de agosto e202008091
10. Mercader-Yus E, et al. Ansiedad, autoestima e imagen corporal en niñas con diagnóstico de pubertad precoz. Rev Colomb Psiquiat. 2017.
11. Cruz-Sáez MS, Pascual Jimeno A, Wlodarczyk A, Polo-López R, Echeburúa Odriozola E. Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. Nutr Hosp 2016; 33:935-940
12. Barquera S, Tolentino L, Rivera DJ, editores. Sobrepeso y obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
13. Polizzi C, Lynn SJ, Perry A. Stress and coping in the time of COVID-19: pathways to resilience and recovery. Clinical Neuropsychiatry. 2020; 17:59-62.

14. Parque SH, Han KS, Kang CB. Efectos de los programas de ejercicio sobre los síntomas depresivos, la calidad de vida y la autoestima en personas mayores: una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios. *Investigación en Enfermería Aplicada* 2014; 26(4):219-226.
15. Insp.mx. [citado el 27 de diciembre del 2022]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
16. Zigmond A, Snaith R. The hospital depression and anxiety scale. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 67:361-370. <http://doi.org/cf9rmj>
17. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza A, Rivera-ommarco JA. [Prevalence of obesity in Mexican adults 2000-2012]. *Salud Publica Mex.* 2013;55(Suppl 2): S151- 60.
18. Argüello-González AJ, Cruz-Arteaga G. Autorregulación de hábitos alimenticios en médicos residentes de Medicina Familiar con sobrepeso u obesidad. *Aten Fam.* 2017;24(4):160-164.
19. Barrera-Cruz A, Rodriguez-Gonzalez A, Molina-Ayala MA. The current state of obesity in México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(3):292-9.
20. Hernández MM, Robins RW, Widaman KF, Conger RD. Ethnic pride, self-esteem, and school belonging: A reciprocal analysis over time. *Dev Psychol.* 2017 Dec;53(12):2384-2396. Doi: 10.1037/dev0000434. Epub 2017 Oct 30. PMID: 29083209; PMCID: PMC5705431.

21. Hilary Pérez Villalobos. Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas psicológicas*. 41; 2019.
22. Tamayo, D. y Restrepo, M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 6 (1), 91-112.
23. Gupta, T., Rogers-Sirin, L., Okazaki, S., Ryce, P., & Sirin, S. R. (2014). The role of collective self-esteem on anxious-depressed symptoms for Asian and Latino children of immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(2), 220–230. <https://doi.org/10.1037/a0035022>
24. Correa-Reyes AS, Cuevas-Martínez MR, Villaseñor-Ponce M. Bienestar psicológico, metas y rendimiento académico. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud* 19(1): 29-34, 2016
25. Tirado-Reyes RJ, Retamoza PL, Uriarte-Ontiveros S. Sobrepeso, obesidad y autoestima en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020;28(4):310-318
26. Reyna-Figueroa J, Romero-Colín L, Colmenares-Bermúdez E, Castro Pérez L., Parra-Albertos R., Amador-Rodríguez E, et.al. Asociación de la baja autoestima de médicos residentes con la renuncia a sus estudios de especialización en medicina. *Educación Médica*. 22(2021) S130-S135 <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.12.005>.
27. Osuna-Ramírez I, Hernández-Prado B, Campuzano JC, Salmerón J. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Publica Mex* 2006; 48:94-103.

28. Hilares Ms. Relación entre la autoestima en el aprendizaje del área personal social en niños del nivel inicial – Ate Vitarte. Universidad Nacional de Educación. Perú. 2015; 29 – 30.