



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 18

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“Factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad de la
Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California”**

Autor e Idea Original:

Alma Guadalupe Pérez Meza.

Investigador responsable:

Dra. Erika Armenta Inzunza.

Asesor Metodológico:

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

DEDICATORIA

A Dios, pues gracias a él, me encuentro hoy en este lugar, por no soltarme nunca de su mano y dar la fortaleza, para continuar siempre.

A mis padres por ser la base y la estabilidad, por la entrega, el apoyo y su contribución que me permitieron obtener este logro, a mis hermanos, cuñado, sobrinos, suegros quienes siempre estuvieron presentes apoyándome.

A mi esposo e hija, por los años dedicados, por su apoyo incondicional, por la paciencia y la comprensión que fue necesaria en cada momento importante de la vida, en los que no fue posible permanecer juntos.

A mis amigos a quienes, por circunstancias de la vida, se convierten en parte fundamental, de quien se aprende, con quienes se comparte, y que dejan una huella imborrable.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi asesora metodológica la Dra. María Cecilia Anzaldo Campos y a mi asesora de tesis, la Dra. Erika Armenta Inzunza por su contribución, a los adolescentes que decidieron participar en la investigación.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser la base de formación de médicos especialistas, así como por facilitar lo necesario para dicha formación.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

UMF: Unidad de Medicina Familiar

OMS: Organización Mundial de la Salud

RM: Razón de Momios

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confianza

IMC: Índice de Masa Corporal

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

ETC: Etcétera

BSQ: Body Shape Questionnaire

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

AMM: Asociación Médica Mundial

LGS: Ley General de Salud.

MINSAL: Ministerio de Salud de el Salvador

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

CTO: Circuito

CP: Código Postal

DRA: Doctora

Contenido

TITULO	7
IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	8
RESUMEN	9
MARCO TEÓRICO	10
ANTECEDENTES:	15
JUSTIFICACIÓN	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	20
HIPÓTESIS.....	22
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
ASPECTOS ÉTICOS	31
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	34
BIOSEGURIDAD	35
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIÓN	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	49

TITULO

“Factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California”

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Nombre: Dra. Alma Guadalupe Pérez Meza

Adscripción: UMF N° 18

Matrícula: 98028208

Teléfono:6677966930

Correo:turis_18_@hotmail.com.

Nombre: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

Adscripción: HGR N° 20

Matrícula: 9920153

Teléfono:6641514666

Correo: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Nombre: Dra. Erika Armenta Inzunza

Adscripción: UMF N° 18

Matrícula: 99263370

Teléfono:6642286367

Correo: erikaarmenta@hotmail.com

RESUMEN

Título: Factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California.

Investigadores: Dra. Alma Guadalupe Pérez Meza, Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dra. Erika Armenta Inzunza.

Antecedentes: La obesidad se considera uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, no solo en países industrializados sino también en los países en vías de desarrollo, la cual nos vuelve más susceptibles a sufrir enfermedades cardiovasculares, crónicas degenerativas, es acompañada, con frecuencia de alteraciones emocionales, (ansiedad y baja autoestima) que pueden contribuir a situaciones que compliquen el afrontamiento del problema y el tratamiento de la misma, estando asociada también, la funcionalidad familiar y la tipología familiar.

Objetivo: Identificar los factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad adscritos a la UMF N° 18 de Tijuana Baja California.

Material y Métodos: Previa autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, se realizará un estudio descriptivo, observacional, transversal, de casos y controles; se incluirán adolescentes de 10 a 19 años, con diagnóstico de obesidad, adscritos a la UMF N° 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California. Durante el período de enero a septiembre de 2021, se aplicarán instrumentos validados para autoestima (Rosenberg), ansiedad (Hamilton) y funcionalidad familiar (FF-SIL). **Resultados:** se encontró asociación estadísticamente significativa entre insatisfacción corporal y autoestima baja con los siguientes resultados OR 2.430 (P=0.029) (IC 1.090-5.417), en ansiedad y autoestima baja OR 3.0(P=0.008) (IC 1.308-6.88) en género se encontró asociación entre género femenino y autoestima baja, con un OR 3.33 (P=0.004) (IC 1.334-7.749).

Palabras clave: Adolescente, Obesidad, Autoestima, Funcionalidad familiar.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa. Existe evidencia de que esta condición es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles¹. Entre las enfermedades se encuentran los trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus 2, enfermedades del aparato locomotor, algunos tipos de cáncer, elevados niveles de ansiedad y baja autoestima^{1,2}. La obesidad es considerada como uno de los principales problemas nutricionales y se extiende a un ritmo alarmante no sólo en los países industrializados, sino también en los países en desarrollo.²

La etiología de la obesidad es compleja y multifactorial. Se tendrán en cuenta factores individuales y biológicos (metabólicos y genéticos), así como los conocimientos, actitudes y comportamientos. Las influencias biológicas contribuyen entre un 30-70% en la determinación de la obesidad y las ambientales modulan su manifestación y el grado de obesidad. También, se considerará el balance energético positivo por una mayor ingesta de alimentos ricos en grasas, pobres en agua y fibra y el incremento del tamaño de las raciones. Igualmente, las causas que originan una disminución del consumo de energía que favorecen la inactividad física y el ocio.³

Dentro de la fisiopatología de la obesidad, los lípidos procedentes de la dieta o sintetizados a partir de un exceso de carbohidratos de la misma, son transportados al tejido adiposo como quilomicrones o lipoproteínas de muy baja densidad. Los triglicéridos de estas partículas son hidrolizados por la lipoproteinlipasa localizada en los capilares endoteliales, introducidos en el adipocito y re esterificados como triglicéridos tisulares. Durante los períodos de balance positivo de energía, los ácidos grasos son almacenados en la célula en forma de triglicéridos; por eso, cuando la ingestión supera el gasto, se produce la obesidad.⁴

Estudios epidemiológicos han identificado factores que en etapas tempranas de la vida pueden predisponer al desarrollo de obesidad en los niños: El peso materno

(malnutrición), la diabetes gestacional, el bajo peso al nacer e incremento marcado de peso en los primeros meses de la vida, la alimentación con fórmulas diferentes de la leche materna, la introducción temprana de alimentos sólidos, hábito de fumar materno durante la gestación, bajo nivel educacional de los padres, elevado peso al nacer, obesidad familiar y elevado tiempo frente a la televisión y en juegos electrónicos.⁵

La restricción del sueño es un factor de riesgo independiente para el aumento de peso y la obesidad y se asocia significativamente con la incidencia y la prevalencia de la obesidad y diversas enfermedades crónicas no transmisibles. Da lugar a cambios endocrinos que podrían estar asociados con una ingesta de alimentos diurna más alta y la preferencia por alimentos energéticamente densos, generando un balance energético positivo, lo que lleva al aumento de peso y un mayor riesgo de obesidad a largo plazo.⁶

Se describen posibles signos clínicos en el paciente obeso, como el dolor abdominal recurrente y vago, dolor abdominal epigástrico y regurgitación, dolor y distensión abdominal, dolor en cuadrante superior derecho o epigástrico y vómitos, dolor en cadera, muslo y/o dificultad o dolor en la marcha, dolor en rodilla y tobillo, dolor de piernas y columna, cefalea, visión borrosa, irritación en pliegues, respiración bucal, acantosis nigricans, Tanner adelantado en mujeres y más lento en varones, hirsutismo, acné y/o trastornos menstruales, xantelasma, palidez, estrías rojizas, facies peculiar, dismorfias, problemas neurológicos, hipogonadismo.⁷

Se recomienda la medición de índice de masa corporal (IMC) en niños a partir de los 2 años de edad y adolescentes como criterio diagnóstico para sobrepeso y obesidad, utilizar la bioimpedancia para el diagnóstico de obesidad en niños y adolescentes que presenten un IMC normal y factores de riesgo o sospecha clínica de adiposidad y realizar estudio bioquímico (glucosa sérica y perfil de lípidos), considerar el uso de tablas específicas para niños y adolescentes que presenten alguna comorbilidad (prematuros, síndrome de Down, síndrome de sobre crecimiento, síndrome de Turner u otras cromosopatías).⁸

En el niño con obesidad, el control de peso debe iniciar en la infancia, no ser aplazado hasta la adolescencia o edad adulta, Hacer uso de todos los componentes convencionales para el manejo del peso: modificación de la dieta, aumento de la actividad física, disminución de la actividad sedentaria, participación de la familia y modificación de la conducta, sigue siendo el mejor recurso para el tratamiento de la obesidad, El orlistat debe ser utilizado en adolescentes obesos con comorbilidad, la cirugía bariátrica puede ser considerada como la última opción posible en adolescentes severamente obesos y con obesidad relacionada a comorbilidad.⁹

La obesidad se asocia con problemas psicosociales, tales como deficiencias en la convivencia social y la calidad de vida. Se ha señalado que los niños obesos tienden a presentar problemas afectivos, principalmente autoestima baja y depresión por lo cual su imagen corporal es negativa y el rendimiento académico e interacción social se ven afectados por los síntomas depresivos y ansiosos, que indican negativamente en su crecimiento integral, los niños obesos con niveles decrecientes de autoestima muestran tasas significativamente más altas de tristeza, soledad, nerviosismo y son más propensos a involucrarse en comportamientos de alto riesgo como el tabaquismo o el consumo de alcohol.¹⁰

Entre las consecuencias psicológicas, las personas presentan problemas en las relaciones interpersonales, baja autoestima, aislamiento, tendencia a la autoagresión, depresión, ansiedad y compulsión al ingerir alimentos para aliviar la ansiedad y la falta de afecto. Finalmente, en el área social, el sobrepeso, la obesidad, la inactividad física; así como por la ingesta de comidas rápidas hipercalóricas y bajas en fibra; la actividad física, así como la discriminación hacia las personas obesas en una forma de violencia que propicia sentimientos de culpa y vergüenza.¹¹

Se ha comprobado en varios estudios que la autoconfianza, la autoestima, la seguridad, la capacidad de compartir y amar, e incluso las habilidades intelectuales y sociales, tienen sus raíces en las experiencias vividas durante la primera infancia, en contexto como el colegio y el hogar donde se respira un ambiente de cariño, de respeto, de confianza y de estabilidad, que los niños se desarrollen psíquica, social y culturalmente más sanos, seguros, y se relacionarán con el exterior de esta misma forma, con una actitud más positiva, constructiva y competitiva hacia su futuro desarrollo como niño, preadolescente, adolescente y adulto.¹²

La formación del conocimiento de sí mismo o auto concepto se desarrolla paralelamente a la autoestima, la cual es comprendida como la valoración que hace el sujeto de sí mismo, de las distintas dimensiones que configuran su personalidad. Entendida también como la estimación que tiene de su propia valía, el valor que le atribuye a su identidad.¹³

Dentro del desarrollo de la autoestima y el auto concepto, tomar conciencia de la trascendencia de ésta, es determinante para la eficacia y la perfección que se desea alcanzar en la vida del niño. Al tener un adecuado nivel ésta será la base de la salud mental y física de una persona y al ser fomentada por los diversos ambientes como el familiar, social y afectivo hasta el ambiente escolar, podrá ser desarrollada de una manera satisfactoria a lo largo de la vida para la maduración y el desarrollo psicológico y social del infante.¹⁴

Los problemas de depresión y ausencia de autoestima en los pacientes con obesidad, generan dicha situación, además de dificultad para logra la pérdida de peso. Relacionado con lo anterior, una de las principales consecuencias de la obesidad considerada de las más importantes es la pérdida de la autoestima.¹⁵

Los planteamientos teóricos que intentan explicar la posible influencia de la obesidad en la baja autoestima y la depresión son atribuidos a la insatisfacción corporal, que se presenta tras no alcanzar el estándar de delgadez impuesto socialmente. Se supone así, que los niños que incumplen con este ideal de

delgadez sufren del estigma y la crítica por parte de los medios de comunicación, la familia y/o los padres y los amigos, lo que explicaría la insatisfacción hacia su propio cuerpo.¹⁶

La cronicidad de las enfermedades como la obesidad provoca cambios en la percepción de la autoestima, cambios de estado de ánimo e irritabilidad, Así como problemas ocupacionales y económicos, que repercuten en la dinámica familiar, y exigen ajustes en los roles y expectativas hacia el futuro.¹⁷

Los estudios que han analizado la evolución de la autoestima durante la adolescencia no han aportado datos concluyentes. Algunas investigaciones coinciden en encontrar un decremento en la autoestima durante la adolescencia inicial, que tiende a recuperarse a lo largo de la adolescencia media y tardía. Probablemente, de los tres periodos en los que la mayoría de los autores segmentan la adolescencia, la etapa inicial sea la que incluya más cambios y tareas evolutivas: aceptar los cambios físicos asociados a la pubertad, desvincularse de los padres, pasar de primaria a secundaria por lo que es razonable que sea en la adolescencia inicial cuando se encuentren los niveles más bajos de autoestima.¹⁸

ANTECEDENTES:

El rápido aumento de su prevalencia en los últimos años, ha hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 57ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2004, la haya declarado “epidemia del siglo XXI” por las dimensiones que ha adquirido a lo largo de las últimas décadas y por su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. Según la OMS, la obesidad se ha duplicado en todo el mundo desde 1980. En 2014, más de 1,9 billones de personas mayores de 18 años presentaban sobrepeso (39%), de los cuales 600 millones (13%) fueron considerados obesos.¹⁹

El sobrepeso y la obesidad son hoy en día uno de los principales problemas de salud pública más graves del siglo XXI a nivel mundial afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que existen más de 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo como el nuestro, En América Latina, países como Argentina, Colombia, México, Paraguay y Uruguay revelan un aumento de casos de obesidad y muestran que alrededor del 50% de su población tiene sobrepeso y más del 15% es obeso.²⁰

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años) ha aumentado de forma espectacular, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016. A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.²¹

En los adolescentes de ambos sexos (de 12 a 19 años), la tasa de obesidad ha aumentado 20% en los Estados Unidos, de 17,4% en el 2003 a 20,5% en el 2012 En las adolescentes (de 15 a 20 años), las tasas de sobrepeso y obesidad han aumentado en forma sostenida a lo largo de los últimos 20 años, por ejemplo, en

Bolivia ha pasado de 21,1% a 42,7%; en Guatemala, de 19,6% a 29,4%; y en Perú, de 22% a 28,5%.²²

En El Salvador de acuerdo con los últimos datos oficiales, proporcionados por el Ministerio de Salud de El Salvador [MINSAL], la prevalencia de sobrepeso para el grupo de adolescentes escolares de 13 a 15 años, el 38.4 % presenta problemas de sobrepeso y obesidad, con el 28.8 % y el 9.6 % respectivamente. El problema de sobrepeso y obesidad es más notorio en el sector escolar privado, quienes presentan cifras del 41.2 % y para el sector educativo público, las cifras evidencian un 21.5 % de niños y niñas con sobrepeso y obesidad.²³

En Costa Rica los altos niveles de sobrepeso y obesidad prevalecen en la población escolar (OMS, 2014). En el último censo escolar de peso y talla realizado por el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública (2016), se encontró una prevalencia de 34 % en la población escolar entre los 6 y 12 años. Asimismo, hallaron que las provincias de Heredia, San José y Cartago fueron las que presentaron mayores índices de prevalencia, con un 35 %, aproximadamente, de niños con esta condición. Si se comparan los datos del año 2008 con estos últimos, hubo un aumento de un 12.6 % en los índices de sobrepeso y obesidad en la población infantil del país.²⁴

Según Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en la región de las Américas el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. Cabe destacar que el aumento de la obesidad en América Latina y el Caribe impacta de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayores que la de los hombres.²⁵

México se posiciona como el país de la organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE) con la mayor proporción de sobrepeso y obesidad. En términos de obesidad, México se ubica en segundo lugar después de Estados Unidos de América. Sin embargo, la OCDE proyecta que la prevalencia de

obesidad seguirá creciendo en nuestro país en los próximos 14 años, con lo que pasará del 32% en 2016 a 39% en 2030.²⁶

La encuesta de salud y nutrición (ENSANUT) 2018, se justifica en los cambios en el estilo de vida, como el consumo de alimentos y la actividad física, que se han visto reflejados en la salud de la población mexicana. En un periodo muy corto, se documentó un aumento sin precedente de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición, el sobrepeso y la obesidad en los diferentes grupos de edad. Entre 1988 y el año 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tuvo un aumento sostenido en mujeres adultas y en adolescentes.²⁷

En 2006, 36.2% de los adolescentes hombres y mujeres de Baja California presentó sobrepeso más obesidad, cifra que se observó mayor en 2012 (40.7%). Esta prevalencia también es mayor a la reportada para 2012 en el ámbito nacional (35%). La distribución por sexo en 2012 mostró una prevalencia mayor para las mujeres (42.5%), en comparación con los hombres (39.2%). Para los adolescentes de Baja California que habitaban en localidades urbanas, la cifra de sobrepeso más obesidad pasó de 35.8% en 2006 a 41.5% en 2012. Para los habitantes de localidades rurales esta cifra representa actualmente 31.7%.²⁸

La prevalencia de sobrepeso y obesidad (SP+O) en los últimos 30 años ha alcanzado cifras alarmantes. En localidades <100k, en el reporte de ENSANUT 2018, Shamah y colaboradores refieren que 6% de los preescolares presentan SP+O. En escolares, la prevalencia de sobrepeso fue de 16.1% y la de obesidad de 15.3%, la cual aumenta para quienes tenían talla baja. En adolescentes, la prevalencia de sobrepeso fue de 22.6% y de obesidad de 14.2%; 33.3% de los adolescentes indígenas presentó SP+O.²⁹

Se estima que 80% de los adolescentes que actualmente son portadores de obesidad, continuarán en la etapa adulta con este padecimiento, acompañada de diversas complicaciones³⁰

La autoestima baja, es considerada un factor relevante en el pronóstico de la obesidad, puesto que refleja un pensamiento negativo hacia el individuo mismo, así como fluctuaciones en el estado de ánimo. Se establece que la existencia de una autoestima normal proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar un mejor afrontamiento de los conflictos y reducción de peso en personas con obesidad. Un estudio realizado en 2014 en pacientes con obesidad que presentan trastornos psicológicos se pudo comprobar que el 65% de los pacientes incluidos en este estudio presentaron sintomatología depresiva y 53.3% presentaron ansiedad, un 23,3% presentaron autoestima baja, 21.7% autoestima media y 55% autoestima alta (normal).³¹

En un estudio realizado en Alemania 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 y dejan la adolescencia.³²

Los adolescentes parecen ser de los grupos más afectados por la estigmatización social con respecto a sus cuerpos, en especial si sufren sobrepeso y obesidad, problemas de salud que afectan hoy en día a más del 71% de la población mexicana, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en 2012 (Ensanut, 2012).³³

Datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes; en la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente.³⁴

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es en la actualidad uno de los grandes problemas de salud que enfrenta la población mexicana, ocupando el primer lugar a nivel mundial y es considerada como factor de riesgo para sufrir otros trastornos en los contextos físicos ya bien conocidos como los trastornos cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, etc., pero también en el contexto emocional como elevados niveles de ansiedad y depresión, se menciona que la personas con obesidad muestra miedos en inseguridad personal y pérdida de autoestima por lo que considero importante indagar en los factores que intervienen para que éstas condiciones se presenten.

En éste sentido tenemos que actualmente existen ya estrategias implementadas por Salud Pública encaminadas a contrarrestar el exceso de peso mediante atención nutricional, promoción a la salud, educación, entre otros dejando de lado la posibilidad de tratar trastornos psicológicos que pudieran estar en comorbilidad con obesidad y que de alguna manera pudieran estar interfiriendo con el buen resultado del tratamiento que está encaminado a la reducción de peso.

Es por esto que considero de suma importancia realizar el presente estudio donde se tiene como objetivo encontrar los factores asociados a autoestima baja en pacientes adolescentes con obesidad y con base a los resultados poder implementar estrategias posteriormente para brindarle al paciente un tratamiento integral intentando con esto impactar de manera positiva en la pérdida de peso y entonces mejorar la calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La obesidad es considerada como uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, generando una situación alarmante no solo en los países industrializados sino también a los que se encuentran en vías de desarrollo por su gran repercusión y su alta asociación con las enfermedades crónicas.

En la actualidad, México es uno de los países más afectados ocupando el primer lugar en obesidad a nivel mundial, entre las muchas enfermedades relacionadas con la obesidad se encuentran la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, además de las enfermedades cardiovasculares, sin embargo hay otro tipo de entidades que pueden presentarse y que tienen un peso importante para la calidad de vida del paciente, como la baja autoestima que a su vez puede llegar a generar depresión y con esto dificultar la pérdida de peso.

Debemos tener en cuenta que la autoestima es considerada como “La valoración generalmente positiva de uno mismo, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos, es un sentimiento valorativo, de nuestro conjunto de rasgos corporales mentales y espirituales que forman la personalidad” por dicha razón la autoestima es un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria influyendo directamente en el estado de nutrición.

En estudios realizados se ha comprobado que la obesidad está ampliamente relacionada con baja autoestima, sin embargo, es necesario indagar en cuales son los factores que intervienen en el desarrollo de esta, Por lo anterior es que surge el siguiente cuestionamiento.

¿Cuáles son los factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad adscritos a la UMF N° 18 de Tijuana Baja California.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la asociación entre factores psicológicos (ansiedad, autoestima, insatisfacción corporal) y baja autoestima.

Determinar la asociación entre factores familiares (tipología familiar, funcionalidad familiar) y baja autoestima.

Determinar la asociación entre factores sociodemográficos (género) relacionados con autoestima baja en adolescentes con obesidad.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Existen factores psicológicos, familiares y sociodemográficos asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad.

HIPOTESIS NULA.

No existen factores psicológicos, familiares y sociodemográficos asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO: Descriptivo, observacional, transversal, casos y controles.

Enfoque: cuantitativo

Alcance correlacional

LUGAR: Unidad de Medicina Familiar N° 18, IMSS, Cto De Los Carlos, El Laurel, 26725 Tijuana, B.C.

PERIODO: enero - octubre 2021

POBLACIÓN: adolescentes con diagnóstico de obesidad, adscritos a la UMF 18. Ubicada en la Ciudad de Tijuana.

TIPO DE MUESTRA: No probabilística, por muestra dirigida.

TAMAÑO DE MUESTRA: El tamaño de la muestra se determinará con la formula en base a prevalencia de obesidad en adolescente de acuerdo a ENSANUT 2018, la cual es de 14.2%

$$N = Z^2 \times P(1-P) / m^2$$

En donde:

Z= nivel de significancia al 95% 1.96

P= prevalencia de obesidad en adolescentes 14.2%

m= margen de error al 5 %

Fórmula:

$$M = (1.96)^2 \times .14(1 - 0.14) / (0.05)^2$$

$$M = 3.84 \times .14(0.86) / 0.0025$$

$$M = 3.84 \times 0.12 / 0.0025$$

$$M = 0.46 / 0.0025$$

$$M = 184$$

Definición de caso: Adolescentes con obesidad y baja estima, adscritos a la UMF No. 18

Definición de control: Adolescentes con obesidad y sin baja estima, adscritos a la UMF No. 18

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA CASOS

- a.- Pacientes con diagnóstico de obesidad.
- b- Pacientes adolescentes.
- c- Firma de consentimiento informado de Padres en caso de menores de edad y adolescentes ≥ 18 años.
- d- Firma de carta de asentimiento en los adolescentes menores de 18 años.
- e- Adolescentes a quienes al aplicarles el cuestionario de Rosenberg presenten autoestima baja.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA CONTROLES:

- a.- Pacientes con diagnóstico de obesidad.
- b- Pacientes adolescentes.
- c- Firma de consentimiento informado de Padres en caso de menores de edad y adolescentes ≥ 18 años.
- d- Firma de carta de asentimiento en los adolescentes menores de 18 años.
- e- Adolescentes a quienes al aplicarles el cuestionario de Rosenberg no presenten autoestima baja.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- a.- Adolescentes que presenten deterioro cognitivo
- b.- Pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica en tratamiento farmacológico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a.- Adolescentes que decidan abandonar el estudio.
- b. Adolescentes que no contesten todas las preguntas de los cuestionarios de evaluación.
- c.- Adolescentes que cambien de adscripción a otra unidad.

MÉTODO:

Previa autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, Se realizará un estudio descriptivo, observacional, transversal de casos y controles; se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N°18, del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Cto de los Carlos, calle Rene S/N, colonia el laurel, CP 22253, en Tijuana Baja California.

Se solicitará permiso, y se pedirá el apoyo por parte los pacientes con obesidad adscritos a las UMF N°.18 de esta ciudad.

Se realizará la selección de los pacientes que participarán en el proyecto, tomando en cuenta los criterios de inclusión antes mencionados. Se invitará a los adolescentes que cuenten con los criterios de inclusión, serán seleccionados dentro de la UMF mientras se encuentren en las salas de espera para la consulta médica, explicándoles en que consiste el proceso de investigación, se solicitará la firma del consentimiento informado en cada uno de los participantes antes de iniciar con la medición de las variables.

La proporción de casos y controles será de 1:1, por lo cual se incluirán 92 adolescentes en el grupo de casos y 92 adolescentes en controles.

Se aplicará la escala de Rosenberg para autoestima, dependiendo del resultado, el participante se integrará a grupo de caso o grupo control.

La escala de Rosenberg fue elaborada en 1960, cuenta con un alfa de cronbach 0.88, la escala consta de 10 ítems, 5 de las frases están elaboradas en forma positiva y 5 en forma negativa, de los ítems 1-5 las respuestas A-D se puntúan de

4 a 1, los ítems 6 a 10 de A-D se puntúan de 1 a 4, al realizar la suma de la puntuación se evalúa de la siguiente manera:

Autoestima elevada de 30-40 puntos

Autoestima media: 26-29 puntos

Autoestima baja: 25 puntos

El grupo de casos se conformará con adolescentes con puntajes en escala de Rosenberg ≤ 25 puntos.

El grupo de controles se conformará con adolescentes con puntajes en escala de Rosenberg de 26 a 40 puntos.

Para conocer el género, se le cuestionará directamente a cada uno de los entrevistados, anotando los resultados en una hoja de encuesta de recolección de datos.

En cuanto al instrumento para funcionalidad familiar se utilizará (FF-SIL), el cual fue construido en 1994 por Pérez, De la Cuesta y Bayarrear, policlínicos docentes de Municipio playa. Ciudad de la Habana, Cuba. El cual consta de un alpha de Cronbach de 0.88. El test consta de 7 categorías que definen el funcionamiento familiar, estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad. Se compone de 14 situaciones que pueden o no ocurrir en la familia, a cada una de estas situaciones se le asigna un valor del 1 al 5, según la frecuencia en que se presente. Las puntuaciones finales se obtienen por la suma de los ítems y se considera: De 70 a 57 puntos familia funcional, de 56 a 43 puntos, familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos disfuncional, de 27 a 14 puntos severamente disfuncional.

Posteriormente evaluaremos a los participantes con la escala de ansiedad de Hamilton, el cual es un cuestionario diseñado por Max Hamilton en 1959 y consta de 14 ítems referentes a los síntomas que presenta el paciente, Cada uno de los 14 ítems representa un grupo de síntomas valorados de cero a cuatro, dicho cuestionario posee un Alpha de Cronbach de ($\alpha =$ de 0,76 y 0,92), en cuanto a los

resultados se clasificara dependiendo de la puntuación obtenida: 0-5: no ansiedad. 6-14: ansiedad leve. >15: ansiedad moderada/grave.

Otra de las variables es la satisfacción corporal, su determinación se realizará aplicando el test de Imagen Corporal, Cuestionario B.S.Q. (Body Shape Questionnaire), Cuestionario elaborado por Cooper et al en 1987, cuenta 34 ítems se puntúan mediante una escala de Likert de 1 a 6, el cual cuenta con un Alpha de Cronbach de ($\alpha = .960$). dicho cuestionario se aplicará a cada uno de los adolescentes participantes en el estudio.

Se salvaguardarán los datos personales de los participantes, asegurando su confidencialidad. La hoja de recolección de datos, permanecerá salvaguardadas por el investigador responsable el cual custodiará la información generada en el protocolo, incluida en la hoja de recolección de datos, carta de consentimiento informado, carta de asentamiento, base de datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizará análisis estadístico utilizando pruebas estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, frecuencias o porcentajes para variables cualitativas

se realizará análisis bivariado utilizando la prueba Ji cuadrada y se determinará razón de momios (RM).

Se procesarán los datos con el programa estadístico SSPS versión 21, las diferencias estadísticamente significativas serán con $p < 0.05$.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
GENERO	En términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Nominal	1) Masculino 2) Femenino
TIPOLOGÍA FAMILIAR CON BASE EN SU INTEGRACIÓN	La tipología Familiar hace referencia a unas determinadas composiciones que permite identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto, Se le preguntara directamente al entrevistado 1. Núcleo integrado: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones. 2. Núcleo desintegrado: falta uno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación y/o abandono.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Nominal	1) Núcleo integrado 2) Núcleo desintegrado
INSATISFACCIÓN CORPORAL	1. Devaluación de la apariencia física relativa a algún ideal, la cual surge en el momento en que el individuo rebasa el malestar normativo y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud. Se llevará a cabo su determinación aplicando el test de Imagen Corporal, Cuestionario B.S.Q. (Body Shape Questionnaire), el cual cuenta con 34 ítems. 1. Satisfactorio 2.No satisfactorio	Cualitativa nominal Dicotómica	Nominal	1) Satisfactorio 2) No satisfactorio
TIPOLOGÍA FAMILIAR (DE ACUERDO CON LAS	La tipología Familiar hace referencia a unas determinadas composiciones que permite identificar los miembros de una familia	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Ordinal	1) Familia interrumpida 2) Familia reconstruida

COMPLIACIONES DEL DESARROLLO)	según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto. Se preguntará durante la entrevista como está conformada la estructura familiar con base en las complicaciones del desarrollo y se expresaran como: 1. Familia interrumpida: separación o divorcio de los padres. 2. Familia reconstruida: una pareja en donde ambos o un cónyuge ha tenido unión previa con hijos.			
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Se refiere a la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Se determinará mediante la aplicación del instrumento FF-SIL, el cual cuenta con 14 ítem, y que nos dará como resultado si la familia es funcional o no, tomando en cuenta la puntuación obtenida.	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Ordinal	1) Funcional 2) Disfuncional
ANSIEDAD	estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se establecerá con ayuda de la aplicación de la escala de Hamilton para ansiedad, consta de 14 ítems, Cada uno de los 14 ítems representa un grupo de síntomas valorados de cero a cuatro.	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Ordinal	1) Con ansiedad 2) Sin ansiedad.
AUTOESTIMA	Es la valoración positiva o negativa que una persona hace de sí misma en función de los pensamientos, sentimientos y experiencias acerca de sí propia. Se determinará mediante la aplicación de una escala	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Ordinal	1) Autoestima Elevada 2) Autoestima Baja

	validada "Rosenberg" la cual cuenta con 10 ítem, y nos indicará el tipo de autoestima que presenta.			
--	---	--	--	--

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial (AMM) nuestro protocolo debe apegarse a los principios generales en los artículos:

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos del paciente, incluidos los que participen en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de este deber.

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

Con base a la privacidad y confidencialidad: en el artículo:

24. 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

Apegarse al consentimiento informado en el artículo:

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado 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 participante 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.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente de los aspectos de la atención que tiene relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su participación o de negarse a participar, no debe afectar la relación médico paciente.

Esta investigación se ajustará de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS) en Materia Investigación para la Salud en el Título Primero, capítulo Único, Artículos 1^o al 6^o, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13 al 23, Capítulo III, Artículos 34 al 36, Título Sexto, Capítulo Único, Artículo 113 al 120.

Se trata de una investigación sin riesgo de acuerdo a la LGS, no representa un riesgo para la salud física o emocional de los adolescentes participantes: Se solicitará que cada participante firme consentimiento informado, en los adolescentes menores de edad, la firma será otorgada por Padre/Madre o tutor, así como también se le solicitará firma de carta de asentimiento informado. En el caso de los adolescentes mayores de edad, se les solicitará firma de consentimiento informado.

El presente estudio de investigación, se realizará con riesgo mínimo para los participantes, obteniendo el beneficio de poder identificar los factores asociados a autoestima baja, con el fin de fortalecer las medidas terapéuticas y el manejo integral de estos pacientes.

Se salvaguardarán los datos personales de los participantes, asegurando su confidencialidad. La hoja de recolección de datos, permanecerá salvaguardadas por el investigador responsable el cual custodiará la información generada en el protocolo, incluida en la hoja de recolección de datos, carta de consentimiento informado, carta de asentamiento, base de datos.

A todos los participantes en los que se encuentre asociación con baja estima se les derivarán con su médico familiar, para su atención de manera integral con psicología, nutrición, pediatría.

El protocolo de investigación se someterá a revisión para su aprobación por el Comité de Investigación en Salud y Ética en Salud, se concordó a las normas e instrucciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de investigación científica.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

Humanos: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Asesor Metodológico, quien guía el diseño, elaboración, procesamiento de la información e interpretación de la investigación científica.

Dra. Erika Armenta Inzunza, Investigadora Responsable, quien se encargará de vigilar la elaboración del protocolo, durante todo el proceso y registro del mismo.

Dra. Alma Guadalupe Pérez Meza Médico Residente del tercer año de la especialidad de medicina familiar, Investigador tesista, quien se encargará de realizar el protocolo, la recolección de los datos, su análisis e interpretación, así como la redacción del escrito final.

Físicos: Dentro de los recursos físicos se cuenta con un área disponible para la realización del estudio, además del apoyo del área de enseñanza y dirección de la unidad de Medicina Familiar No.18; El muestreo se realizará dentro de la unidad de medicina familiar N^o18, dentro de la misma se llevará a cabo la recolección de datos.

FINANCIAMIENTO: el proyecto será financiado por los recursos propios del investigador.

FACTIBILIDAD: Es posible realizar el estudio, ya que se cuenta con los recursos humanos, físicos y materiales, necesarios para ello, como investigadores dispuestos a realizar el proyecto, corriendo el financiamiento a cargo de estos, además la Unidad de Medicina Familiar N^o 18 cuenta con adolescentes con diagnóstico de obesidad por lo que considero cuenta con utilidad posterior a la realización de la investigación.

BIOSEGURIDAD

El presente estudio no implica aspectos de seguridad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FASE/FECHA	Jun 2019 a sep. 2021	Nov- 2020	Dic 2020	Ene- 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Sep. 2021	Octubre 2021
Realización de protocolo.								
Registro protocolo SIRELCIS.								
Recolección de datos.								
Resultados.								
Discusión.								
Presentación de tesis.								

RESULTADOS

En el siguiente apartado se describirán los resultados obtenidos en los factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad de la UMF 18, Tijuana Baja California.

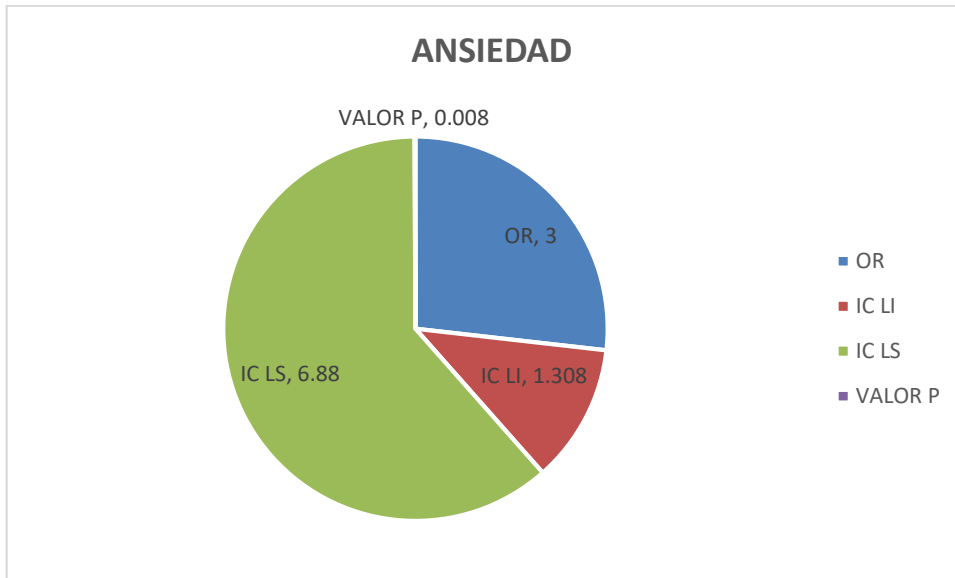
Durante el periodo de este estudio se recolecto información de 184 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión que llevaran al cumplimiento del objetivo del estudio presente.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS.

En cuanto a satisfacción corporal, se encontró asociación estadísticamente significativa entre presentar insatisfacción corporal y autoestima baja con los siguientes resultados OR 2.430 (P=0.029) (IC 1.090-5.417) (ver tabla 2 y grafica 1) así mismo se encontró asociación entre ansiedad y autoestima baja OR 3.0(P=0.008) (IC 1.308-6.88),(Ver Tabla 2 y grafica 2)



Fuente: Base de datos del protocolo de Investigación. SSPS. IBM versión 21, Grafica 1



Fuente: Base de datos del protocolo de Investigación. SSPS. IBM versión 21, grafica 2

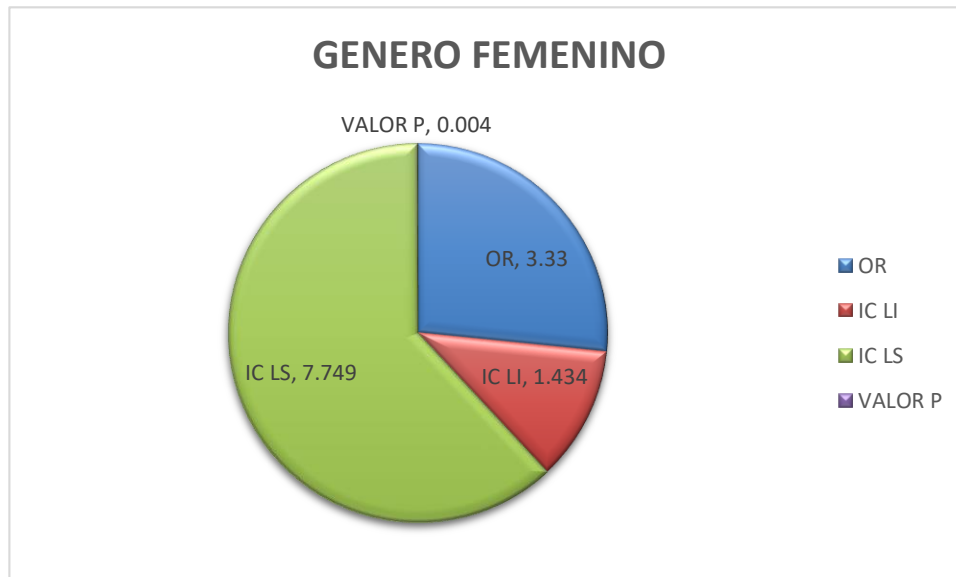
CARACTERISTICAS FAMILIARES.

Las variables de tipología familiar y funcionalidad familiar mostraron asociación, sin embargo, no se demostró significancia estadística.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

Se realizó el estudio con una muestra de 184 pacientes, dos grupos de 92 pacientes cada uno, dentro de los cuales fueron 111 del género femenino y 73 del género masculino, todos con diagnóstico de obesidad. (Ver tabla 1).

A lo que respecta al género se encontró asociación con significancia estadística entre el género femenino y autoestima baja, con un OR 3.33 (P=0.004) (IC 1.334-7.749). (Ver tabla 2 y grafica 3).



Fuente: Base de datos del protocolo de Investigación. SSPS. IBM versión 21, grafica 3

FRECUENCIAS

En lo referente al género 60.3% fueron del sexo femenino y 39.7% masculino.

En lo que respecta a la tipología familiar en base a su integración fueron 31 % núcleo desintegrado y 69% con núcleo integrado.

La distribución de satisfacción corporal un 73.9 % presentaba insatisfacción corporal y un 26.1 % satisfecho.

En cuanto a la funcionalidad familiar un 33.6% corresponde a familia disfuncional y 66.4 a familia funcional.

En base a la tipología familiar con complicaciones del desarrollo un 26.1 % represento a las familias interrumpidas y 73.9% a familias no interrumpidas.

Referente a la variable de ansiedad un 67.9% presento ansiedad y un 32.1% sin ansiedad. (Ver tabla 1).

DISCUSIÓN.

Respecto a la población adolescentes la prevalencia fue para el género femenino con el 60.3% y para el sexo masculino 39.7%, cifras mayores al estudio realizado en encuesta nacional de salud y nutrición 2012 con una distribución de 42.5% para las mujeres y 39.2% para los hombres. La obesidad en mujeres adolescentes conduce hacia afecciones como la diabetes mellitus, trastornos menstruales y corporales que impactan la calidad de vida adolescente evidenciando una clara predisposición a enfermedades como depresión y ansiedad, que llevan a mal apego del equilibrio de la ingestión y gasto energético.²⁸

La ansiedad se presentó en un 67.9% de los adolescentes de este estudio y en un 32.1% no presento ansiedad, observándose una mayor prevalencia que en el estudio realizado en el 2014 por Godoy Leal FA donde hubo un 53.3% con síntomas de ansiedad, 23.3 % presentaron autoestima baja, La comunicación de los padres con los hijos sigue siendo la base para detectar los factores estresantes y las formas necesarias para sobrellevar los episodios de ansiedad que no afecten la salud física y mental de los adolescentes.³¹

En la satisfacción corporal solo el 26.1% estaba satisfecho y el 73.9% insatisfecho, lo que se relaciona con lo publicado en la revista mexicana de trastornos alimenticios, donde la obesidad y la baja autoestima en adolescentes son influyentes con la insatisfacción hacia su propio cuerpo. La actividad física continua en el adolescente se relaciona con una buena aceptación corporal, evitando trastornos de la conducta alimentaria que llevan a la insatisfacción corporal.¹⁶

La tipología familiar según su integración fue de 69% para el núcleo integrado y 31% para núcleo desintegrado, relacionándose que una familia integrada da las herramientas necesarias desde la infancia para un crecimiento psíquico, social y culturalmente más sanos, reflejándose en actitudes de autoconfianza, buena

autoestima que dan la capacidad de compartir y amar, según lo publicado Pompa Guajardo EG- Meza Peña C.¹².

En el 73.9% de la tipología familiar con complicaciones en el desarrollo, fueron para las familias no interrumpidas y 26.1% para familias interrumpidas, que se relaciona con un desarrollo adecuado en ambientes familiares, sociales y afectivos cuando la familia es integrada, según lo comentado Marmolejo AM- Romero A.

CONCLUSIÓN

Una vez concluido el estudio se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre género femenino, ansiedad y presentar insatisfacción corporal con autoestima baja en paciente con obesidad, adscritos a la unidad de medicina familiar N° 18, de Tijuana, Baja California, confirmando con esto la hipótesis de trabajo.

El sexo femenino fue la mayor prevalencia en este estudio, lo que lleva a la implementación de acciones, que disminuyan el riesgo de complicaciones por obesidad y autoestima baja en adolescentes, complicaciones como enfermedades cardíacas, diabetes mellitus e hipertensión, en base a una buena promoción de la salud en nutrición y actividad física, con los grupos de apoyo que cuenta la unidad de medicina familiar.

Para la detección oportuna de señales conductuales de ansiedad y autoestima baja en adolescentes, se debe capacitar al entorno familiar y social, con temas que detecten los principales síntomas como irritabilidad, inquietud, tensión muscular y alteraciones del sueño, que llevan a episodios de ansiedad generalizada por trastornos alimenticios no detectados.

La actividad física regular en el adolescente se relaciona con una aceptación corporal, por lo que una buena implementación de estilos de vida relacionados con la promoción de la actividad física desde la infancia, se beneficia con un adolescente con buen desarrollo psíquico y social.

La familia que no se encuentra integrada o interrumpida, generan hábitos alimentarios incorrectos y sedentarismo. Por lo que una valoración a los padres de la frecuencia de consumo alimentario de sus hijos, nos ayuda a obtener resultados de quien elabora el menú y detectar amenazas para el desarrollo de obesidad, implementando mejoras para una óptima alimentación familiar.

Fomentar prácticas y estilos de vida saludable entre las familias, a través de los grupos de apoyo de la unidad, adoptan hábitos que disminuyen las horas donde los adolescentes pasan frente de la televisión, videojuegos o conectados a internet, tomando conciencia de que una familia implicada lleva a un adolescente sano que se integra adecuadamente a la sociedad.

Considerando lo anterior, nuestro trabajo de investigación, aporta conocimiento nuevo, dejando la puerta abierta para realizar futuras investigaciones, elaboración de estrategias, así como intervenciones en donde se tomen en cuenta las condiciones psicológicas de los pacientes, para otorgar una atención integral, abarcando estos aspectos con el fin de conseguir el éxito terapéutico y con ello obtener los resultados deseados para todos los pacientes con obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto mexicano para la competitividad. kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México [Internet]. México: 2015 [consultado el 18 de noviembre de 2019]; Disponible en: https://imco.org.mx/banner_es/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/
2. Asociación americana de psicología. Salud mental/corporal: La obesidad [Internet]. México; 2005 [Consultado el 18 de noviembre del 2019]. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/obesidad.aspx>
3. Güemes Hidalgo M, Muñoz Calvo M. Obesidad en la infancia y en la adolescencia. [Internet]. Londres, Reino Unido; Departamento de endocrinología; Julio agosto 2015 [Consultado 15 de enero 2020]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-07/obesidad-en-la-infancia-y-adolescencia/>
4. Rodríguez Scull LE, Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. Rev cubana Endocrinol [Internet]. 2003 Ago [citado 2020 Ene 09]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000200006
5. Guerra Cabrera C, Vila Díaz J, Apolinaire Pennini J, Cabrera Romero A, Santana Carballosa I, Almaguer Sabina P. Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. MediSur [Internet]. 2009; Abr [citado 2020 Feb 02]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000200004&Ing=es
6. Paredes barato V, San mauro martin I, Garicano vilar E, Moraleda ponzon E, Lopez oliva S, Zans rojo S, et al. Influence of sleep upon overweight in children and adolescents. Journal of negative and no positive results: jonnpr, issn-e 2529-850x, [Internet]. 2016. [Consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5651601>
7. Piazza N, Casavalle P, Ferraro F, Ozuna B, Desantadina V, Kovalskys I. Guías de Práctica Clínica para la Prevención, el diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. [En internet] Argentina: Comité Nacional de Nutrición; 2011. [Consultado 02 de febrero 2020]. Disponible en: <https://sap.org.ar/uploads/consensos/gu-iacuteas-de-pr-aacutectica-cl-iacutenica-para-la-prevenci-oacutenel-diagn-oacutestico-y-el-tratamiento-de-la-obesidad-.pdf>

8. Prevención y Diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Guía de Referencia Rápida: Guía de práctica clínica. México, CENETEC; 2018 [consultado 02 de febrero 2020] Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-025-08/RR.pdf>
9. Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Guía de Referencia Rápida, Ciudad de México; CENETEC, 2012 [consultado 02 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/025_GP_C_SobrepesoObesidadPed/SSA_025_08_GRR.pdf
10. Floody Delgado P, Thuillier-Carter B, Mayorga- Jerez D, Lizama Cofre A, Salazar Martinez C. Relación entre sobrepeso, obesidad y niveles de autoestima en escolares [En línea]. Chile: Dialnet; 2019,[Consultado el 08 de septiembre 2020], Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6761706>
11. Cardenas-Garcia LJ, Sahagún-Alquicira RA, Maraver-Martinez MC, Dominguez-Robledo A. Obesidad y su Asociación con Factores Emocionales: Estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso [En línea]. México: Elsevier España S.L; 2014,[consultado el 08 de septiembre 2020], Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300335>
12. Pompa-Guajardo EG, Meza Peña C. Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México 2017; 16(3), 1-11.
13. Díaz-Falcón D, Fuentes-Suárez I, Senra-Pérez NC. Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas Rev Con 2018; 14(64).
14. Marmolejo AM, Romero A. IMC en estudiantes de primer grado de primaria y su relación con la autoestima y el auto concepto. 2016; 2(3), 37-39.
15. Alvarado-Sánchez AM, Guzmán-Benavides E, González-Ramírez MT, Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología 2005; 10 (2): 417-428.
16. Contreras-Valdez, José Alfredo; Hernandez-Guzman, Laura y Freyre, Miguel-Angel. Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2016, [Consultado el 2 de diciembre 2019] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
17. Orozco-Gómez AM, Castiblanco-Orozco L. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Rev Colombiana de Psicología. [Internet]. 2015 [Consultado el 08 de octubre de

- 2020]; 24 (1). Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>
18. Parra-Jimenez A, Oliva-Delgado A, Sanchez-Queija M. Evolución y Determinantes de la autoestima durante los años adolescentes [Artículo]. España: depósito de investigación universidad de Sevilla; 2004. [Consultado el 11 de octubre 2020]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/30520>
19. Castro M, Garcés- Rimón M. La obesidad juvenil y sus consecuencias [Internet]. España: Instituto de investigación en ciencias de la alimentación, consejo superior de investigaciones científicas; 2016 [Consultado 23 de febrero 2020]. Disponible en : http://www.injuve.es/sites/default/files/revista112_6.pdf
20. Vazquez-Rivera P, Carbajal-Mata F, Maldonado-Guzman G. Valoración del nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso y obesidad; oportunidad de cuidado enfermero [Internet]. México: 2017 [consultado el 19 de octubre 2020]. Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/319023207_Valoracion_del_nivel_de_autoestima_en_adolescentes_con_sobrepeso_y_obesidad_oportunidad_de_cuidado_enfermero
21. Organización mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso. [En línea]. México: OMS; 2016, [consultado el 23 de Febrero del 2020]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
22. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia [en línea]. Washington dc, usa: organización mundial de la salud; 2014 [consultado el 19 de octubre 2020]: Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/obesity-plan-of-action-child-spa-2015.pdf>
23. Iraheta E, Álvarez- Bogantes B. Análisis del sobrepeso y obesidad, niveles de actividad física y autoestima de la niñez salvadoreña MHSalud, [Internet] vol. 17, núm. 1, 2020 Universidad Nacional, Costa Rica [Consultado 18 de octubre 2020]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237061117001>
24. Herrera-Monge, M.F., Álvarez Bogantes, C., Sánchez Ureña, B., Herrera-González, E., Villalobos Víquez, G. y Vargas Tenorio, J. (2019). Análisis de sobrepeso y obesidad, niveles de actividad física y autoestima en la niñez del II ciclo escolar del cantón central de Heredia, Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica, [internet] 17(1). Disponible en: <https://doi.org/10.15517/psm.v17i1.35323>

25. Malo-Serrano Miguel, Castillo M Nancy, Pajita D Daniel. La obesidad en el mundo. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Abr [citado Feb 23 2020] ; 78(2): 173-178. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>
26. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018 [Consultado 23 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
27. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet] México: 2018 [Consultado 25 de febrero de 2020] Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
28. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet] México: 2013[Consultado 25 de febrero de 2020] Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/BajaCalifornia-OCT.pdf>
29. Ensanut. la salud de los mexicanos que habitan en localidades de menos de 100 000 habitantes. Cuernavaca Morelos, México: Juan Rivera Dommarco; 2019. pp. 709–715.[Consultado 02 de septiembre 2020]; Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/issue/view/518/showToc?fbclid=IwAR2s0Fenk1XGZdk1DtzCxrkfeiHC9WmLwHM99MF5DIGyOCxY7IpJvOOrE>
30. López-Morales CM, López-Valenzuela A, González-Heredia R, Brito-Zurita OR, Rosales-Partida E, Palomares-Urbe GH. Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora, México. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 Feb 27]; 144(2): 181-187. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000200006&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000200006>
31. Godoy-Leal FA. Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2014 [Consultado el 26 de febrero de 2020] ; 41(3): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000300005>
32. Sigüenza Campoverde W. Quezada Loaiza E, Reyes Toro M. Autoestima en la Adolescencia media y tardía. Rev Espacios [Internet]. 2019 [Consultado

22 de octubre 2020]19.Disponible en:
<http://www.revistaespacios.com/a19v40n15/a19v40n15p19.pdf>

33. Padrón-Salas A, Hernández-Gómez JF, Nieto-Caraveo, A, Aradillas-García C, Cossío-Torres PE, Palos-Lucio AG, Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios 2015;25(1):76-78.
34. Marín-Ramírez, A. Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, [Internet] 2015; México. REVISTA BIOMÉDICA, 26(1). Disponible en :<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v26i1.5>

ANEXOS

ANEXO 1. TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable		Frecuencia (%)
Género	Femenino Masculino	111 (60.3) 73 (39.7)
Tipología fam. (integración)	Núcleo desintegrado Núcleo integrado	57 (31) 127 (69.0)
Satisfacción corporal	Insatisfecho Satisfecho	136 (73.9) 48 (26.1)
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional Familia funcional	62 (33.6) 122 (66.4)
Tipología fam. (Comp. del desarrollo)	Fam. Interrumpida Fam. No interrumpida	48 (26.1) 136 (73.9)
ansiedad	Con ansiedad Sin ansiedad	125 (67.9) 59 (32.1)

Fuente: Base de datos del protocolo de Investigación. SSPS. IBM versión 21

Tabla 2. Resultados de la asociación de las variables

Variables	OR	IC (95 %)		Valor p
		L.I.	L.S.	
Tipología familiar (integración)	1.420	0.623	3.237	0.403
Satisfacción corporal (Insatisfechos)	2.430	1.090	5.417	0.029
Género (Femenino)	3.33	1.434	7.749	0.004
Funcionalidad familiar (Familia disfuncional)	1.420	0.575	2.878	0.539
Tipología familiar (complicaciones del desarrollo) familia interrumpidas	1.420	0.623	3.237	0.403
Ansiedad (con ansiedad)	3.0	1.308	6.88	0.008

Fuente: Base de datos del protocolo de Investigación. SSPS. IBM versión 21

ANEXO 1.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

1.- Genero

- 1)Femenino.
- 2)Masculino.

2.- ¿Ha ocurrido divorcio, muerte o separación de algunos de los padres?

- 1) Si
- 2) No.

3.- Si la respuesta fue si, ¿el padre vivo se unió en matrimonio o unión libre con otra persona?

- 1) Si.
- 2) No.

4.- ¿Tu mama y papa viven juntos en la misma casa?

- 1) Si.
- 2) No

5.- ¿Quiénes viven en tu casa?

R:

6.- ¿Presenta insatisfacción Corporal o Preocupación por el peso?

- 1) Si
- 2) No

7.- Funcionalidad Familiar

- 1) Funcional
- 2) Moderadamente funcional
- 3) Disfuncional
- 4) Severamente Disfuncional

8.- Que nivel de ansiedad presenta?

- 1) Ninguno
- 2) Leve
- 3) Moderado
- 4) Grave

9.- Qué nivel de autoestima presenta?

- 1) Autoestima elevada
- 2) Autoestima baja.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS).

Nombre del estudio:	Factores Asociados a Autoestima Baja en Adolescentes con Obesidad de la UMF N° 18 de Tijuana Baja California.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Tijuana, Baja California
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los factores asociados a autoestima baja en adolescentes con obesidad adscritos a la UMF N° 18 de Tijuana Baja California.
Procedimientos:	Su participación consiste responder una serie de encuestas mientras se encuentre en la espera de atención médica, con un tiempo aproximado de 15 min para contestarlas, dirigida a padres o adolescentes menores de edad.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud, solamente se aplicarán unas encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio no será directamente para usted, pero el análisis de los datos permitirá encontrar factores que influyen de manera negativa en la autoestima de los participantes con obesidad, lo cual permitirá realizar un abordaje desde el punto de vista psicológico y con ello tratar de impactar de manera positiva en la pérdida de peso.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	El participante conserva el derecho de participar o retirarse del estudio si así lo requiere
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos de medidas de talla, peso y los resultados de cuestionario serán estrictamente confidenciales
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Dra. Erika Armenta Inzunza UMF 18

e-mail: erikaarmenta@hotmail.com Tel. (664) 2286367

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos HGR 20

e-mail: maria.anzaldo@imss.gob.mx Tel.(664)1514666

Colaboradores:

Dra. Alma Guadalupe Pérez Meza R3MF

e-mail: turis_18@hotmail.com Tel. (667) 7966930

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

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-003-002



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

**CARTA DE ASENTIMIENTO EN MENORES DE EDAD
(8 a 17 años)**

Nombre del estudio: Factores Asociados a Autoestima Baja en Adolescentes con Obesidad de la UMF # 18 de Tijuana Baja California.

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio: El análisis de los datos permitirá encontrar factores que influyen de manera negativa en la autoestima de los participantes con obesidad, lo cual permitirá realizar un abordaje desde el punto de vista psicológico y con ello tratar de impactar de manera positiva en la pérdida de peso.

Hola mi nombre es _____ y trabajo en el Instituto Mexicano de Seguro Social, Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de _____ y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en _____

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir aun cuando tu papa o tu mama hayan dicho que puedes participar, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial, esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (si se proporcionara información a los padres, favor de mencionarlo en la carta).

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadro de abajo que dice "Si quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento _____

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____ Edad: ____ Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las actividades, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular			Puntuación total	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

ESCALA DE AUTOESTIMA ROSEMBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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- α).

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.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)						
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
IC15	Has evitado llevar ropa que marcase tu figura?						
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
IC22	Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
IC24	Te ha preocupado que la gente vea "llantitas" en tu cintura?						
IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tu?						
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
IC33	Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente						
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

INSTRUMENTO FF-SIL.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Diagnóstico del Funcionamiento Familiar según Puntuación Total de la Prueba FF-SIL.

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos
