



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61
CÓRDOBA, VERACRUZ

**PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTO PERCEPCION DE IMAGEN
CORPORAL EN EL ADOLESCENTE.**

AUTOR

TRINIDAD DEL ROCIO JIMENEZ PEÑA.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR SEMIPRESENCIAL

ASESOR

METODOLOGICO DE TESIS
DR. GERARDO ALPUCHE SAN MIGUEL.
EPIDEMIOLOGO.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN CORPORAL
EN EL ADOLESCENTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

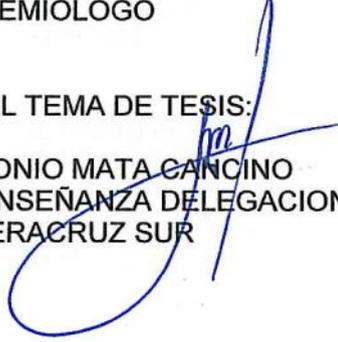
PRESENTA:

DRA. TRINIDAD DEL ROCIO JIMENEZ PEÑA

AUTORIZACIONES:


DRA. MARIA DE LOS ANGELES ROSAS DOMINGUEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
CORDOBA, VERACRUZ

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
DR. GERARDO ALFUCHE SAN MIGUEL.
EPIDEMIOLOGO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS:
DR. JOSE ANTONIO MATA CANCINO
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DELEGACIONAL
IMSS VERACRUZ SUR


CORDOBA, VERACRUZ

2008

PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN CORPORAL
EN EL ADOLESCENTE.

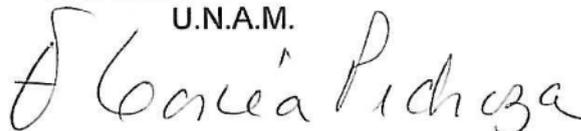
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TRINIDAD DEL ROCIO JIMENEZ PEÑA.

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE	PAGINA
I Portada	1
II Autorización del autor(es)	2
III Autoridades Clínicas	3
IV Índice	5
V Dedicatoria	6
VI Resumen	7
VII Contenido	8
1. Capítulo I Marco teórico.	
1.1 Antecedentes científicos.	8
1.1.1. Obesidad.	8
1.1.2 Obesidad en la adolescencia	11
1.1.3 Autoestima.	12
1.1.4 Imagen Corporal	13
1.1.5 Familia.	13
1.1.6 Epidemiología de la obesidad	14
1.2 Planteamiento del problema.	16
1.3 Justificación	17
1.4 Objetivos: general y específicos	17
2. Capítulo II Material y métodos.	
2.1 Tipo de estudio.	18
2.2 Diseño de investigación.	18
2.3 Población, lugar y tiempo.	18
2.4 Muestra.	18
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	19
2.6 Variables: tipo y escala de medición.	20
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.	26
2.8 Diseño estadístico.	26
2.9 Instrumentos de recolección de datos.	26
2.10 Método de recolección de datos.	27
2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos.	28
2.12 Prueba piloto.	28
2.13 Procedimientos estadísticos.	28
2.13.1 Diseño y construcción de la base de datos.	28
2.14 Cronograma.	29
2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio.	30
2.16 Consideraciones éticas del estudio.	30
3. CAPITULO III Resultados	31
4. Discusión	37
5. Conclusiones	39
6. Referencias	40
7. Anexos.	43

ESTE TRABAJO ESTA DEDICADO

A MI HIJO
ERIC GARCIA JIMENEZ

A LA FAMILIA
ROBLES CASTELLANOS

PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN CORPORAL EN EL ADOLESCENTE. ALPUCHE G, JIMÉNEZ T.R., MATA J.A.

Antecedentes La obesidad, es un problema de salud pública mundial, que afecta a todos los grupos de edad, sus incrementos se encuentran en la valoración de una epidemia, con serias consecuencias para la salud integral del individuo, debido a las complicaciones múltiples que ofrece, a largo plazo. Muchos estudios se han realizado acerca de su etiología, considerándola multifactorial, donde intervienen: el genoma, la ascendencia étnica, el género, y el medio ambiente, sea la familia o la comunidad donde vive el afectado por este padecimiento. Otros estudios son de investigación epidemiológica, Es una de las enfermedades que se inicia en la niñez y adolescencia, marcando un futuro de alto riesgo para las enfermedades cardiovasculares del adulto, que ofrecen un panorama de serias consecuencias, para la salud de la población y para el sistema de salud. Los estudios conocidos hasta este momento, han dejado sin investigar grupo específicos por edad y género sobre todo en México.

Objetivos: Determinar la prevalencia de obesidad en adolescentes y medir los factores de la auto percepción de la imagen corporal.

Material y métodos El estudio se realizó en una población adolescente de Ixtaczoquitlán Veracruz.

Diseño de investigación: observacional, transversal y analítico.

Se aplicó un cuestionario previamente construido para evaluar variables sociodemográficas

Se realizó la medición y registro de peso, talla, en una báscula de piso, con altímetro; Mediante el resultado del registro de peso/talla, índice de Quetélec se clasificó a los estudiantes en: delgado, normal, sobre-peso y obesidad.

Mediante el resultado de la selección del test de figura anatómica se correlacionó, con la escala de resultados de la misma, si la figura que escogió, por auto-percepción de imagen corporal, y valorar si es el reflejo a su peso corporal real. Determinándose la prevalencia de obesidad en adolescentes, en ambos géneros; comparando el Índice de Masa Corporal con autopercepción de imagen Corporal,

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y dispersión, razón de prevalencia y prueba de hipótesis dependiendo del tipo de variable que se analizó.

Resultados: se enroló a 170 adolescentes y se encontró una prevalencia de obesidad de 12.4% y de desnutrición de 7.1% en la muestra.

En la autopercepción se encontró que el 11.8% se percibían con una imagen menor a la realidad y que el 40.6% de la muestra se encuentra que se percibe su imagen mayor a la realidad.

Las variables que demostraron asociación a diferencias, en la forma de percibir su imagen fueron ser mujer; vivir en el medio urbano y ser hijo de padres obesos.

Conclusión: En nuestro estudio los que cursaban con algún grado de desnutrición se perciben con mayor imagen corporal a lo que en realidad son; situación contraria a los que presentaba obesidad que se perciben con menor imagen a lo que en realidad son.

Palabras clave: adolescente, percepción de imagen corporal.

Capítulo I

Marco teórico.

1.1 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

1.1.1 Obesidad.

La obesidad se define como una enfermedad crónica, multifactorial compleja que se desarrolla, por la intervención del genotipo y el medio ambiente; es decir, intervienen factores sociales, culturales, económicos, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos.

Donde el desequilibrio, por exceso del aporte de nutrientes, se traduce en un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasa, que los requeridos, para satisfacer las necesidades energéticas y metabólicas del individuo. ⁽¹⁾

En sus complicaciones metabólicas se encuentra: la intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, diabetes mellitus T2, hipertensión arterial, con un aumento del 21% en riesgo cardiovascular con sobrepeso y 45% para obesidad que le otorga el estudio Framinhan de EE.UU. Además genera dislipidemia, cáncer, osteoartritis, apnea del sueño, asma, catarata, hipertrofia prostática benigna, irregularidad menstrual, complicaciones en el embarazo y depresión. Otros aspectos a considerar son: la estigmatización social, pues el obeso es víctima de burla y discriminación en los seguros de vida. ^(1, 2, 3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 emite la definición de obesidad. ⁽³⁾

Simultáneamente el 7 de diciembre de 1998, se publica la Norma Oficial Mexicana (NOM-174-SSA1-1998) para el manejo integral de la obesidad, donde además de considerar el acumulo de grasa en el tejido adiposo, para obesidad, se incluye al sobrepeso, como un estado premórbido de ésta y se asocia a las alteraciones metabólicas, cardiovasculares, ortopédicas relacionadas a factores biológicos, socioculturales y psicológicos que acompañan a la obesidad. ⁽⁴⁾

En la etiología multifactorial de la obesidad encontramos; aspectos exógenos como los socioculturales y económicos, que se pueden atribuir al comportamiento familiar: como los hábitos dietéticos, con exceso de energéticos, el desequilibrio en aporte de grasas y carbohidratos; baja ingesta de fibra y algunos micronutrientes. ⁽⁵⁾ Y en los endógenos la genética y los biológicos de tipo individual, como mencionaremos más adelante.

Desde etapas muy tempranas en su vida y la herencia cultural del área geográfica donde tuvo lugar su crecimiento y desarrollo; el atracón, que se caracteriza por hiperfagia incontrolable y recurrente, da inicio temprano a la obesidad, con alto porcentaje de vida en dietas. ⁽⁶⁾

La vida sedentaria con el uso de la televisión, computadoras, videojuegos, por la influencia del avance tecnológico y la deficiente educación en actividad física son factores que promueven la obesidad. ⁽⁵⁾

Se ha demostrado que los genes juegan un papel importante en la obesidad, siendo la mayoría de los genes necesarios, pero no suficientes para causarla, ya que se han estudiado 25 000 gemelos y un total de 50 000 miembros familiares,

encontrando, que con obesidad calculada con índice de masa corporal (IMC), tiene una heredabilidad del 67% con una contribución ambiental del 33% (7)

Otro factor importante de carácter genético, es relacionado con los padres cuando ellos no son obesos, la probabilidad de que el hijo sea obeso es del 14%, pero cuando uno de los padres es obeso, la probabilidad se incrementa hasta un 40% y en el caso de que los dos padres sean obesos el valor se duplica logrando un 80% de probabilidad de que el hijo sea obeso. (8)

En los factores biológicos se encuentran las bases fisiopatológicas de la obesidad, es decir, la regulación del balance energético.

La energía del organismo específicamente los triglicéridos se acumulan en forma de grasa.

En la homeostasis, existen tres aspectos anatomofuncionales que regulan la ley de la termodinámica manifestada como “La energía depositada en el tejido adiposo es igual a la energía consumida (ingesta) y el gasto energético (metabolismo basal y actividad física) que debe ser muy cercana a cero para que exista equilibrio”.

Estos son: el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema gastrointestinal.

El sistema nervioso central (SNC) a través del núcleo arcuato y paraventricular en el hipotálamo ventral, es el encargado de regular:

a).-La liberación de péptidos que modifican la saciedad y la ingesta.

b).-El eje hipotálamo- hipófisis, donde actúan los neuropéptidos como el Y, que a su vez, actúan a nivel endocrino, interviniendo en el metabolismo intermediario y liberación de insulina.

c).-Los neurotransmisores identificados como neuropéptidos; como la serotonina y el neuropéptido Y que estimulan a su vez al eje hipotálamo – hipófisis, estimulando independientemente al SNC simpático y al sistema endocrino generando los factores de saciedad e ingesta, para el metabolismo homeostático a nivel central.

Existe otro medio que es a nivel gastrointestinal donde a nivel duodenal se encuentran los liberadores–modificadores CCK (colecitocinina) de la ingesta se consideran por estímulo vagal, pues no atraviesan la barrera hematoencefálica.

ACCIONES ESPECÍFICAS DE LOS NEUROPEPTIDOS:

Serótonina: Inhibe la ingesta experimental en ratones obesos, pero en general regula la ingesta de hidratos de carbono.

Fisiopatológicamente la serotonina tiene un precursor que es el triptofano, mismo que proviene del consumo de proteínas, estas modifican los niveles de triptofano que posteriormente va a dar lugar a la presencia de serotonina y sus alteraciones en esa biosíntesis alterada, favoreciendo la presencia de carbohidratos, que tienen mayor facilidad de digestión, que las propias proteínas, pero menor que las grasas.

Neuropeptido Y (NPY) es un péptido de 36 aminoácidos, regula el sistema nervioso simpático y la termogénesis del tejido adiposo, en otras palabras es un anabólico.

Factor liberador de corticotropina (CRF) Tiene 41 aminoácidos promueve la respuesta catabólica en oposición al neuropeptido Y, es un catabólico.

Urocortina: Neuropeptido homólogo al CRF, inhibidor más potente de NP Y, es un catabólico.

Hormonas entéricas y colecistocinina: encontramos el glucagon (GLP - 1) somatostatina, colecistocinina y bombesina, que tiene la saciedad central y probablemente vagal por la colecistocinina que ha sido mas estudiada.

Insulina: Que es proporcional al tejido adiposo inhibe al NP Y eleva el efecto anorexígeno.

Leptina: es una proteína que contiene 167 aminoácidos; donde el prefijo de la palabra "lepto" del latín quiere decir delgado se encuentra en el gen LEP del humano, ésta disminuye el neuropeptido Y, se sintetiza y se libera en el tejido adiposo.

Se ha estudiado y se ha encontrado que los niveles de leptina, se encuentran en cantidades normales e incluso más bajas en los obesos.

Desde el punto de vista fisiopatológico, parece claro, que la obesidad, es la consecuencia de la ingesta energética crónicamente superior al gasto energético, es decir que una ingesta inadecuada y superior, con un gasto energético igual ó inferior, es una condición para generar desequilibrio, sin embargo sus causas aun no son del todo conocidas y demostradas. Esto es dado por las inconsistencias de medir, los aportes y consumos exactos, en sujetos obesos. (9)

La realidad es que la obesidad es un problema de Salud Pública mundial. (10)

La OMS considera que en el mundo existen 1000 millones de personas con sobrepeso y 300 millones con obesidad incluyendo a los adolescentes; éste problema afecta no solo a los países desarrollados, sino también a los que se encuentran en vías de desarrollo. (5)

Con el fin de estandarizar los criterios para definir y detectar el sobrepeso y obesidad, que dificultan la comparación de encuestas y estudios de diversos países, en el consenso de Institutos de Salud en 1985, se propuso el Índice de Masa Corporal (IMC) que se obtiene con la siguiente formula (IMC= Peso en Kg. / Talla en mt. al cuadrado) y se le considera un indicador que tiene la mas alta correlación con la grasa corporal.

Aceptado por la OMS, como Índice de Quetélec, el cual, por ser considerado, útil, accesible, con lenguaje universal y estudios estimativos válidos para morbilidad, se han determinando los siguientes valores:

IMC < de 18.5 Kg. /mt² de superficie corporal = bajo peso.

IMC 18.5 - 24.9 Kg./mt² de S.C. = normo-peso.

IMC 25 - 29.9 Kg. /mt² de S.C.= sobre-peso o pre-obeso.

IMC 30 - 34.9 Kg. /mt² de S.C.= obesidad clase I

IMC 35 - 39.9 Kg. /mt² de S.C.= obesidad clase II

IMC > de 40 Kg. /mt² de S.C.= obesidad clase III.

Con modificación para población mexicana, por la característica antropométrica de la talla; estableciendo un punto de corte, para obesidad con IMC igual ó > de 27 con estatura promedio (1.60mt.), IMC igual ó > de 25 para talla baja (varones con 1.55 mt y mujeres con 1.45 mt). (5,6)

Existen otros criterios como:

1.- La distribución de la masa grasa, clasificados en androide y ginecoide.

2.- Índice cintura-cadera, que se obtiene dividiendo en centímetros la circunferencia de la cintura, entre la circunferencia de la cadera; es predictora del riesgo metabólico y de complicaciones obstétricas.

3.- La medida del pliegue cutáneo, que es específico para los caucásicos.

4.- La tomografía axial computarizada, la densitometría y la impedancia bioeléctrica, de costo elevado. (1, 10, 11)

1.1.2 Obesidad en la adolescencia.

Se encuentra bien documentado, que la juventud obesa, se convierte en adulto obeso, hasta un 75% - 80% de los casos (8, 12)

El predominio de niños y adolescentes obesos se ha incrementado a nivel mundial en proporciones epidémicas; las raíces del problema es multifactorial, incluyendo el consumo de calorías densas, bebidas azucaradas, que se ofrecen por la facilidad de la accesibilidad (12) llamada por otros autores (13) alimentos chatarra, que en realidad son de innovación, pero por sus componentes no nutritivos se les denomina junk (viejo o chatarra); así como la proliferación de actividades sedentarias. (12, 13)

Investigaciones recientes han demostrado otros factores individuales como: género, pertenencia étnica, factores socio-económicos familiares y de la comunidad que contribuyen a la obesidad del joven.

El predominio de obesidad entre adolescentes americanos, afro-americanos e hispanos ha aumentado 10% durante la época pasada, esto contribuye a las alteraciones de la salud, como en el caso de la diabetes mellitus.

Más frecuente en mujeres, que en varones, en una relación 2: 3.

En la comunidad, la pobreza es un factor que contribuye a la obesidad:

a).- Por no tener acceso financiero para alimentos nutritivos; b) Presencia de subcultura relativa a la salud y mantenerse obeso; c).- Carecer de apoyos que promuevan actividades saludables; d) Tener un aprendizaje social de perspectiva negativa de imagen; e).- Carecer de servicios médico-preventivos que promuevan la salud; y f).- La discriminación en servicios de salud, sociales, educativos e instalaciones de recreación. La pobreza de la comunidad, pone en desventaja a los adolescentes. (2,14)

Las diferencias raciales establecen en el adolescente, los patrones de comidas, como un proceso complejo, que implica factores interno y externos, tales como las preferencias y disponibilidad de los alimentos, opinión del peso corporal y las influencias familiares.

Los profesionales de la salud, reconocen que tiene patrones pobres alimenticios, que pueden dar lugar a problemas, que deterioran el crecimiento y desarrollo del adolescente.

Además aprenden patrones de comportamiento nutricional, que formados en la juventud, perduran en la vida adulta. Así que los patrones dietéticos pobres en fruta y fibra, colocan al individuo en riesgo, para las enfermedades crónicas del adulto, como la obesidad.

Pocas comidas en familia dan lugar a bajos consumos de nutrientes, ellos asocian las comidas familiares, con alimentos nutritivos e identifican a los padres como influencias importantes en sus patrones de consumo.

Los riesgos en africanos son mayores, que en los blancos, por otros alimentos, pero no en frutas.

Los adolescentes americanos tienen mayor riesgo, por consumir alimentos pobres en frutas.

Los asiáticos, africanos y mujeres hispanas consumen menos lácteos y el descontento con el peso aumenta el riesgo, de consumos pobres de todos los alimentos; los padres son el mejor ejemplo del buen comer. ⁽¹⁵⁾

Aun cuando las implicaciones de ésta epidemia no ha sido totalmente reconocidas, existe evidencia que liga la obesidad, con factor de riesgo cardiovascular, por una aterosclerosis acelerada que tiene su origen en la niñez, con dislipidemia, hipertensión y resistencia a la insulina, que clínicamente no es evidente. ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾

En México existen entre 25 – 30 % de niños obesos y 45% de adultos obesos.

Con éste entorno a futuro, es fácil predecir, las consecuencias sociales y económicas desastrosas para el sistema de salud. ⁽¹⁸⁾

Ya que la evidencia disponible sugiere, que la obesidad está asociada a un aumento de causa total de mortalidad cardiovascular, esta es la razón principal para que la prevención del exceso de peso en la niñez y adolescencia, tenga una significancia especial, para prevenir la enfermedad del adulto, asociada a obesidad, con educación, investigación e intervención ⁽¹⁶⁾

En la encuesta nacional de nutrición (ENN) 1999 se encuentra un incremento de prevalencia de obesidad desde los 5-11 años, en 27% de la población y en adolescentes mujeres de 12-17 años 21.2% tenían obesidad, pero se dejó un segmento importante fuera de la encuesta, los varones de 10-18 años, teniendo métodos diferentes para valoración. Hasta hoy el IMC es el procedimiento mas aceptado, tanto para adultos como adolescentes. ⁽¹⁹⁾

1.1.3 Autoestima.

La consecuencia mas extendida en la infancia y adolescencia es de orden psico-social, pues afecta la auto-estima y promueve la disconformidad con el propio cuerpo, los cuales se convierten en un factor de riesgo para los trastornos alimentarios ⁽²⁰⁾

Para evaluar estos factores se han empleado la imagen corporal real e ideal, para captar el nivel de satisfacción que tiene el individuo, con respecto a su cuerpo, así como el grado de autoestima, con su propia imagen, considerada como un síntoma precoz en los trastornos alimentarios, cuando existen alteraciones en la percepción de la imagen corporal. De ésta manera la preocupación por la imagen corporal ha trascendido al mundo de la salud, tanto física como mental. ^(20,21)

La autoestima se define como la auto-evaluación subjetiva, que de si mismo hace una persona, expresando su sentir, con una actitud de aprobación o de rechazo; éste sentimiento expresa el grado en que una persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa, que expresa también con ciertos rasgos de comportamiento, en los adolescentes es un factor relevante en su desarrollo, especialmente en su

personalidad y adaptación social y emocional. Cuando se encuentran algunos aspectos de punto bajo de autoestima, puede ser un precursor de la obesidad. (21, 22, 23)

Por otra parte la obesidad se encuentra ausente de las clasificaciones psiquiátricas, pero el aumento de su frecuencia y la gravedad de los problemas, que lleva asociados, condiciona un abordaje multidisciplinario, incluyendo los aspectos psicológicos y psiquiátricos, hasta ahora los estudios realizados, no han mostrado un patrón, de personalidad, uniforme, sino una heterogeneidad importante, con relación a psicopatología, solo han encontrado 8% de obesos con trastornos afectivos y 14% con ansiedad, 29% presentan depresión.

Finalmente hay que reseñar que entre los hallazgos más constantes, en estos pacientes se encuentran dos:

Elevada frecuencia de conductas bulímicas y elevada insatisfacción corporal. (22)

1.1.4 Imagen corporal.

La Dra. Bruch en 1962 proponiendo rasgos psico-patológicos de pacientes anoréxicas, puso de manifiesto la importancia de la imagen corporal.

Probablemente no dispongamos de una definición rotunda de imagen corporal, pero una definición integradora es: "La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia, genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas" Su alteración puede ser perceptual; que es la incapacidad de los pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal y cognitivo-afectiva hacia el cuerpo, manifiesta por emociones o pensamientos negativos por la apariencia.

También llamo al niño obeso como "fundamental infeliz e inadaptado", pero para las clínicas Británicas, la dirección y planeación de la obesidad en niños y jóvenes, sugiere que sean los problemas psicosociales, consecuencias importantes del exceso de peso y obesidad. (23-25)

Con la imagen corporal, percibida después de numerosos análisis exploratorios, basados en punto de corte, se aseguran buenos resultados, para su aplicación en estudios epidemiológicos estableciendo 4 categorías 1)Delgado; 2)Normal; 3)Sobrepeso y 4)Obesidad., tanto para mujeres, como para varones; relacionándolas con índice de masa corporal.(25)

Derivado de lo anterior, se ha calculado un factor, determinado con índice de masa corporal (MC); restando al IMC real, el IMC percibido, por figuras anatómicas comparativas, creando la variable percepción (26)

1.1.5 Familia.

Es la unidad básica, de toda sociedad; en la cultura occidental, conserva aun la responsabilidad, de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico, se encuentra integrada por el marido, la esposa y los hijos. (27)

Es a su vez un sistema abierto, integrado por subsistemas como el conyugal o de la pareja padre-madre; el subsistema paterno-filial ó de padres e hijos; subsistema fraternal en los hermanos. Toda familia tiene características propias,

que las hacen parecer similares o distintas a otras; ello se deriva de la tipología familiar, como su composición (nuclear, extensa ó compuesta); por su desarrollo (tradicional o moderna); por su demografía (urbana, suburbana ó rural); por su ocupación (campesino, empleado ó profesionista) y por su integración (integrada, semiintegrada ó desintegrada) y por su dinámica familiar (funcional o disfuncional); sujeta a la jerarquía ó autoridad que ejerce uno de los integrantes en la organización familiar (autoritaria, indiferente-negligente, indulgente, permisiva ó reciproca con autoridad). Con límites que representan las reglas que delimitan las jerarquías y pueden ser claros, difusos o rígidos; con una comunicación que puede ser directa, enmascarada o desplazada. La importancia de conocer la familia, su topología y organización con sus características propias, es por constituir la influencia del micro-medio ambiente, que representa en el contexto de la salud o enfermedad del individuo. (28)

1.1.6 Epidemiología.

La obesidad, es la enfermedad metabólica mas frecuente del mundo y amenaza en convertirse en uno de los problemas de salud pública del siglo XXI. (3, 17)

Incidencia de obesidad.

Los estudios de incidencia de sobrepeso y obesidad son escasos en la literatura mundial, uno de los reportes existentes es el de Hodge, quien señaló la incidencia de sobrepeso y obesidad con IMC igual o mayor a $25 \text{Kg} / \text{mt}^2$ de, en la Isla de Mauricio en un periodo de 5 años. La incidencia acumulada vario de 10.8% a 18.2% en hombres y de 16.1% a 27.5% en mujeres de diferentes grupos étnicos, siendo la población china la que presento la incidencia mas baja y la criolla la mas alta.

En EE.UU. Williamson determino la incidencia a 10 años de sobrepeso con IMC igual o > a $27.8 \text{kg} / \text{mt}^2$ en hombres y con IMC igual o > a 27.3 en mujeres y mayor ganancia de peso (IMC igual o mayor $5 \text{Kg} / \text{mt}^2$)

En México, no existen hasta el momento estudios de incidencia de obesidad para su población, sin embargo se realizo un estudio en trabajadores del Hospital General de México, en dos periodos 1993-1994 y 1996 -1997, encontrando con IMC > $25 \text{Kg} / \text{mt}^2$ como en el estudio de Mauritania fue de 8.46% para hombres y 9.55% para mujeres.

Comparado con el estudio de Williamson, la incidencia acumulada fue de 5.55% para hombres y 11.92 para mujeres. (29)

Prevalencia de obesidad.

Asia el único país donde no se encuentran incrementos en obesidad (5)

En Europa Norte encontramos prevalencia de obesidad en los jóvenes del 12 al 16%; Italia 9-17%; Europa Meridional 11-26% (5)

España 13,4% de la población adulta tiene obesidad. (9)

En Argentina para varones de 18 años el 4.1 % corresponde a obesidad y 19.5 al sobrepeso. (20)

Para Uruguay y Chile 50% de las mujeres son afectadas, sobre todo las de bajos recursos. (2)

Canadá con estadísticas de 11 - 26% en población joven. (5)

En EEUU la obesidad varía de acuerdo a la edad, así la población adulta de varones el 20% es obesa y 25% las mujeres; e IMC >30 Kg. /Mt² de superficie corporal y con sobrepeso 59 y 51% para hombres y mujeres respectivamente; con (IMC >25).

En niños menores de 5 años de 10 - 11 % y de 6 – 19 años el 15 % tienen obesidad. (2, 3,14)

En general Latino América, tiene similitud con EEUU, Australia e Inglaterra.

En México, no existe un consenso estadístico, pues algunos autores nos refiere la prevalencia de 44.1% de adultos obesos con la encuesta nacional de nutrición 1999. (10)

Donde hasta el siglo XX se consideró a la población urbana como obesa, no a la rural y ahora se encuentra en inversión poblacional, considerada como una transición epidemiológica, debido a la migración de la población rural a la zona urbana. (10)

Contamos con 25 – 30% de niños obesos que ofrecen un panorama desalentador. (18)

De 5-11 años se encontró una prevalencia de 27%, pero para los estados del norte 35.1% y en área sur 25.4%.

De los 12 a 49 años, donde se encontraban 4009 adolescentes 21.2% presentaba obesidad y 30.6% sobrepeso, con ausencia de los varones en el grupo de edad estudiado. (19)

El incremento en los últimos años, según los informes realizados por la encuesta nacional de nutrición y especialmente al norte del país, en 1999, se registraron datos antropométricos en niños y mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años, que lo reflejan. Se estudiaron 4000 mujeres adolescentes de 12 – 17 años y se encontró 30.6 % con sobrepeso y 21.2 % de obesidad; es decir, el 51.8 % en general dejando una laguna, pues no se incluyeron a los varones. (11)

MORTALIDAD

La obesidad es un padecimiento de alto riesgo para la probabilidad de muerte por toda causa: 25% de mortalidad por enfermedad coronaria, 10% por accidentes cerebrovasculares. (2)

I.2 Planteamiento del problema.

Cuando observamos la falta de espacios en la consulta externa de las unidades de medicina familiar para la atención primaria de la salud, en pacientes con enfermedades crónicas; así como el ingreso hospitalario de numerosos pacientes, cada vez mas jóvenes, con complicaciones secundarias a padecimientos como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, que frecuentemente ocurren como consecuencia de la enfermedad mundial, mas importante que existe en nuestros días llamada obesidad; padecimiento cuya etiología es multifactorial, pero que en una gran proporción, se atribuye a los hábitos nutricionales inadecuados, en cantidad y composición; a la vida sedentaria, factores genéticos, metabólicos, étnicos, socioeconómicos y culturales donde destaca la situación de pobreza. (1-3, 8)

Nos surge el cuestionamiento acerca de las medidas de prevención integral que debemos aplicar a las familias y pacientes con ésta patología y es a nosotros los médicos familiares, a quienes nos corresponde prevenir o modificar la presencia de la obesidad, en sus formas mas tempranas para contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad, de las enfermedades crónico degenerativas.

Pocos estudios clínicos se han realizado acerca de la obesidad en el adolescente, casi todos se enfocan al adulto, pero las complicaciones de la obesidad tales como la dislipidemia se inician en la niñez y adolescencia, con la consecuente complicación de aterosclerosis, que predispone a la enfermedad cardiovascular, además de las afecciones psicosociales, que dañan la autoestima del adolescente. (15-20).

Estudiar a los adolescentes y compartir con ellos la inquietud del diagnostico temprano de una alteración importante en la salud, como la obesidad, que se puede prevenir tempranamente, modificando el estilo de vida; haciendo de estos cambios un reflejo de salud y previniendo la enfermedad; con hábitos saludables que deben surgir tempranamente en sus vidas.

Adquiriendo una figura confiable de percepción saludable, con un peso adecuado, para sustituir al de sobrepeso y obesidad, que refleja una enfermedad de muy difícil tratamiento y fácil complicación.

Establecer la prevalencia de la obesidad y autopercepción de imagen corporal en el adolescente es nuestra principal motivación para realizar el presente trabajo; buscando factores de riesgo, que provocan la permanencia en este estado premórbido de otras patologías; con la finalidad de implementar estrategias que reorienten las acciones preventivas, las expectativas de salud integral en el adolescente y evitar las enfermedades crónicas a largo plazo, lo que motiva nuestra pregunta:

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN CORPORAL EN EL ADOLESCENTE?

1.3 Justificación.

Una de nuestras inquietudes, en el primer nivel de atención médica, está enfocada a la prevención totalitaria, de las patologías crónico-degenerativas, entre ellos la obesidad, que cobra relevancia, pues al unirse a otros factores de riesgo, incrementa y favorece la presencia de muchos padecimientos, que ocurren en edades cada vez, más tempranas de la vida como las cardiovasculares, derivada de dislipidemia; la resistencia a la insulina, trastornos hormonales y muerte temprana en ambos géneros. (15-19)

El rol que desempeña el médico de familia, en la intervención de estos problemas, cada vez se hace más débil, derivado de la demanda creciente de la consulta médica, como resultado de la presencia formal de la enfermedad y/o de sus complicaciones; carente de tiempo para educación en salud, de las familias que asiste.

Para nosotros la intervención oportuna, preventiva, debe enfocarse a los adolescentes, a quienes en el hogar, ente facilitador del cumplimiento de múltiples funciones, entre las que se encuentran la nutrición (30); la escuela y los servicios de salud, pueden lograr el aprendizaje de estilos de vida saludables, que como resultado harán posible que nuestra población se encuentre en un mejor estado de salud integral.

1.4 Objetivo general.

Determinar prevalencia de obesidad y autopercepción de imagen corporal en el adolescente.

Objetivos específicos

1. Comparar el Índice de Masa Corporal con autopercepción de imagen Corporal, mediante test de modelos anatómicos fijos.
2. Establecer la relación de percepción, que tiene el adolescente de si mismo, con la obesidad.
3. Determinar la prevalencia de obesidad en los adolescentes en ambos géneros.
4. Determinar el índice de percepción que el adolescente presenta entre el peso real y la percepción por imagen corporal y diferenciar para clasificar en: delgado, normopeso, sobrepeso y obesidad.
5. Determinar la relación que el adolescente percibe de la obesidad como un estado de salud o enfermedad.

CAPITULO 2

MATERIAL Y METODO

2.1 Tipo de estudio.

Observacional.

2.2 Diseño de investigación.

Transversal y analítico.

2.3 Universo de trabajo.

El estudio se realizó en población escolar de adolescentes.

En el Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios no. 192 de Ixtaczoquitlán Veracruz.

En el período comprendido de octubre- diciembre del 2007.

2.4 Muestra.

Se calculo el tamaño muestra para la prevalencia tomando en cuenta un estudio realizado en México que demostró el 21.4% de prevalencia, y el peor resultado aceptable es de un estudio en EE.UU. del 11% por lo que se calculo en el EPI info. 2000 para calculo de muestra y se requieren un minimo de 92 sujetos a un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%

2.5 Criterios de selección

Inclusión:

- 1.- Todos los alumnos a quienes la escuela y los padres de familia autorizaron por escrito participar, en la investigación.
- 2.- Adolescentes inscritos en el Centro de Bachillerato Tecnológico, Industrial Y de Servicios de Ixtaczoquitlán Veracruz en el período 2007.

No inclusión

- 1.- A los que no acepten participar en la investigación.

Eliminación:

- 1.- A los adolescentes que no contesten más del 80% el instrumento de medición.

2.6 Variables.

Definición

1.-Obesidad.- Es el almacenamiento en exceso de tejido adiposo. Constitución manifestada por índice de masa corporal (IMC) que se obtiene con la siguiente fórmula (IMC= Peso en Kg. / Talla en mt. al cuadrado) mayor a 27Kg. /mt. cuadrado, en población mexicana, por presentar talla corta; siendo la estatura promedio (1.60mt.), IMC igual ó > de 25 para talla baja (varones con 1.55 mt y mujeres con 1.45 mt). (5,6)

2.-Autopercepción de imagen corporal en el adolescente.- es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la percepción del cuerpo/apariencia, genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. (24)

3.- Adolescente.-es el individuo que se encuentra en la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta.

La OPS y la OMS definen a la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad, y la juventud, como el periodo entre los 15 y los 24 años. Maddaleno y Breinbauer (2005) desglosan la adolescencia según el sexo para incluir cambios específicos del desarrollo.

En los adolescentes, por lo general se llama preadolescencia al periodo entre los 9 y los 12 años, para las niñas y de 10 a 13 para los niños; la adolescencia temprana abarca desde los 12 a los 14 años, para las niñas y de 13 a 15 para los niños; la adolescencia intermedia, desde los 14 a los 16, para las niñas y de 15 a 17 para los niños; la adolescencia tardía ó final , desde los 16 a los 18, para las niñas y 17 a 18 para los niños; la juventud, desde los 18 a los 21 años; y la edad adulta joven desde los 21 a los 24 años.(31)

2.7 Operacionalización de las variables.

Para los fines de nuestro estudio tomaremos las variables antes mencionadas, con los siguientes criterios, que son aplicables a nuestra población.

1.- La obesidad: considerada con índice de masa corporal (IMC).

Con talla de 1.60 mt. ó más, el estándar internacional de: .

IMC >30 Kg. /mt² de S.C.= obesidad.

Modificado para población mexicana con talla corta de 1.55 mt. para varones y 1.45 mt. para mujeres.

IMC >25 Kg. /mt² de S.C. = obesidad.

2.-La autopercepción de imagen corporal en el adolescente, con escala de figuras fijas, para calificar del 1 al 9 como sigue:

Figura 1 delgado; figura de 2 - 5 normal; figura 6 -7 sobrepeso y figura 8-9 obeso; con talla de 1.60 mt. (25)

Figura 1 delgado; figuras 2- 4 normal; figuras 5- 6 sobrepeso y figura 7 – 9 para obeso. (25) modificado para talla corta, en población mexicana. Talla de 1.55 mt. para varones y 1.45 mt. para mujeres.

3.- Adolescente: para fines de este estudio se tomara como tal al sujeto de investigación que cuente con edad cronológica comprendida entre 13 a 19 años cumplidos en el momento del levantamiento de datos

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual.	Definición operacional	Escala de medición.	Indicadores
Sexo	Cualitativa.	Constitución orgánica que hace la diferencia de género: masculino y femenino	La constitución manifestada por su apariencia orgánica.	Nominal.	masculino femenino
Edad	Cuantitativa.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Número de años vividos hasta el día de registro	Ordinal	13 - 19 años
Peso	Cuantitativa.	Cantidad resultante de la acción de la gravedad sobre un cuerpo.	Número de kilogramos determinados, por una báscula al pesar un cuerpo.	Ordinal	Número de kilogramos que se registre en el momento de la evaluación de cada participante.
Talla	Cuantitativa.	Cantidad resultante de la acción de medir la estatura de una persona.	La medida de una persona en metros, calculada con un altímetro.	Ordinal	Número de metros con centímetros que se registren en el momento de la evaluación.
Índice de masa corporal.	cuantitativa	Cantidad resultante de	La cantidad de Kg. que tiene	Ordinal	Bajo peso.

		<p>aplicar la formula: peso entre talla al cuadrado.</p>	<p>una persona, por metro cuadrado de superficie corporal.</p> <p>Con talla de 1.60 mt. ó más, el estándar internacional de:</p> <p>IMC < de 18.5 bajo peso.</p> <p>IMC 18.5 - 24.9 normo-peso.</p> <p>IMC 25 - 29. sobre-peso o pre-obeso.</p> <p>IMC igual ó >30 obesidad.</p> <p>Modificado para población mexicana con talla corta de 1.55 mt. para varones y 1.45 mt. para mujeres.</p> <p>IMC < 20 delgado</p> <p>IMC 20-23 normal</p> <p>IMC 24 y 25 sobrepeso.</p> <p>IMC igual ó >25 obesidad.(5,6)</p>		<p>Normal.</p> <p>Sobrepeso.</p> <p>Obesidad</p>
Nivel económico	cuantitativa	Cantidad de ingresos económicos/día	La cantidad de dinero obtenido por salario mínimo de 47 pesos / día / familia.	Ordinal	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>

			Dividido entre el número de miembros. Con un salario/día/familia: es bajo con dos/salarios/familia: medio y mas de tres/salarios/familia: alto		
Autopercepción de imagen corporal	Cualitativa.	Es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la percepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.	Escala de figuras fijas, para calificar del 1 al 9 como sigue: Figura 1 delgado; figuras 2 a 4 normal; figuras 5 a 6 sobrepeso y de la figura 7 a 9 para obeso. (25)	Nominal.	Delgado. Normal. Sobrepeso. Obesidad.
Familia	cualitativa	Sistema integrado, por padre y madre, hijos. Clasificada por su topología: En base a su composición (nuclear, extensa, compuesta). En base a su desarrollo (tradicional, moderna) En base a su demografía (urbana, rural)	Nuclear: es la familia que tiene dentro del hogar al padre, la madre y los hijos. Extensa: si viven otros familiares consanguíneos con ellos. Compuesta: cuando viven con ellos otros miembros no	Nominal	Nuclear. Extensa. Compuesta. Tradicional. Moderna. Urbana. Rural. Integrada.

		<p>En base a su ocupación, (campesino, empleado ó profesionista)</p> <p>En base a su integración (integrada, semi-integrada ó desintegrada)</p>	<p>consanguíneos.</p> <p>Tradicional: si la madre no trabaja.</p> <p>Moderna: si la madre trabaja.</p> <p>Urbana: con residencia en población mayor a 2500 hab.</p> <p>Rural: con residencia en población que tiene menos de 2500 hab.</p> <p>Integrada: cuando los miembros de la familia cumplen con sus roles.</p> <p>Semi-integrada: cuando cumplen parcialmente sus roles</p> <p>Desintegrada: por separación o muerte de alguno de los cónyuges.</p>		<p>Semi-integrada.</p> <p>Desintegrada</p>
Obesidad	Cuantitativa	Almacenamiento en exceso de tejido adiposo	<p>Constitución manifestada</p> <p>Con talla de 1.60 mt. ó más, el estándar internacional de:</p> <p>IMC < de 18.5 bajo peso.</p> <p>IMC 18.5 - 24.9 normo-</p>	Ordinal	<p>. IMC igual ó >30 obesidad.</p> <p>Modificado</p> <p>IMC igual ó >25 obesidad.</p>

			<p>peso. IMC 25 - 29. sobrepeso o pre-obeso. IMC igual ó >30 obesidad. Modificado para población mexicana con talla corta de 1.55 mt. para varones y 1.45 mt. para mujeres. IMC < 20 delgado IMC 20-23 normal IMC 24 y 25 sobrepeso. IMC igual ó >25 obesidad (5,6)</p>		
Obesidad en los padres	cuantitativa	Almacenamiento en exceso de tejido adiposo, percibido en el hábitus externo del progenitor del sujeto de investigación.	Percepción de obesidad en los padres por el participante..	Ordinal	Uno de los padres presenta obesidad. Los dos padres presentan obesidad.
Hábitos alimenticios	cualitativa	Modo en que lleva a cabo su alimentación en tiempo, calidad y cantidad	De acuerdo a la cantidad, la frecuencia y la forma, del consumo de alimentos.	Nominal	Diarios: Número de veces al día que consume alimentos. Semana: número de días que acostumbra consumir alimentos Nutritivos y No nutritivos.

2.7 PROCEDIMIENTO.

Contando con la autorización del comité de investigación, para la realización del presente trabajo, y el previo consentimiento de la escuela, padres y alumno, participante, por escrito. (Anexos 1, 2,3)

Se encuestó un total de 170 adolescentes, con edad de 13 a 19 años a los que se les realizó:

- Registro de peso-talla para obtener el índice de masa corporal en los adolescentes sujetos de estudio.
- Registro de la tensión arterial, glucosa y colesterol sérico, con glucómetro y colesterómetro portátil.
- Registro escrito por los adolescentes, de un cuestionario, de las variables estudiadas, con preguntas de opción positiva y negativa, así como, por elección de figura de imagen corporal, para la autopercepción de si mismo. (anexo 4)

2.8 Diseño estadístico

Se realizara un análisis uní variado obteniendo medidas de tendencia central y dispersión por cada una de las variables a fin de describir las principales características de la muestra

En el análisis bivariado se empleara la obtención de riesgo relativo como una medida de asociación con sus intervalos de confianza al 95% y prueba de hipótesis de Ji cuadrada de mantel-Haenzel

2.9 Instrumento de recolección de datos. (Ver anexos al final)

2.10 Método de recolección de datos

- Previa autorización del comité local de investigación.
- Previo consentimiento informado, de la escuela, padres de familia y alumno participante.
- Se estudió una población escolar de adolescentes.
- Se realizó una base de datos de los participantes, para registro de nombre y variables que se estudiaron.
- Se realizó una entrevista previa al estudio, a fin de informar ampliamente los motivos del estudio y fijar el día del estudio, en el mes de enero 2008.
- Se asesoró a los participantes, para que pregunten a sus padres, acerca de los ingresos económicos diarios "per. Cápita puedan contestar lo más cercano a la realidad, el cuestionario propuesto, en la variable Socioeconómica.
- Se aplicó un cuestionario previamente construido (anexo 4), mediante el cual se pretende evaluar variables sociodemográficas .de cada uno de los sujetos estudiados, por el autor asociado, en una sola ocasión, el día concertado para el estudio.
- En la misma sesión se aplicó un instrumento validado (test de figura Anatómica), por el autor asociado y personal autorizado, previamente capacitado.
- Se realizó la medición y registro de peso, talla, en una báscula de piso, con altímetro; para obtener el índice de Quetélec; que se desarrolló durante una semana, previamente concertada, por el autor asociado y personal autorizado y capacitado.
- Mediante el resultado del registro de peso/talla, índice de Quetélec se clasificó a los estudiantes en desnutrición, normo-peso, sobre-peso y obesidad.
- Mediante el resultado de la selección del test de figura anatómica se correlacionó, con la escala de resultados de la misma, para determinar, si la figura que escogió, por auto-percepción de imagen corporal, es el reflejo a su peso corporal real.
- Se realizó una correlación de los resultados de las dos variables: peso corporal e imagen corporal, en busca de similitudes y divergencias.

2.11 Maniobras para evitar y controlar sesgos

Se realizara capacitación a personal enfermeras de salud pública ajenas a la investigación para la recolección de datos y medición.

En los criterios de restricción se controlan y las posibles variables confusoras en el análisis estadístico se controlaran

2.12 Prueba piloto

Se aplicó una prueba piloto de 10 sujetos para valorar las posibles confusiones a la hora de las encuestas lo que permitió modificar algunas preguntas.

2.13 Análisis estadístico.

Los resultados obtenidos, se capturaron en una base de datos que fue diseñada específicamente para el estudio.

2.13.1 Diseño de la construcción de la base de datos.

Se realizó una captura en Excel 2003 para Windows mediante una hoja de cálculo Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico para computadora de Epi Info 2000

2.14 ADMINISTRACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Trabajo terminado													X
Aplicación del trabajo.													X
Trabajo en comité de investigación											X		X
Análisis final del trabajo para aplicar.											X		X
Nueva bibliografía (búsqueda y análisis)								X	X	X			
Trabajo preliminar									X				
Lugar de aplicación									X				
Consulta y análisis con profesor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Selección y análisis bibliográfico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Búsqueda de bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Definición del tema.	X												
Actividad.	Ju- lio 200 5	E- ne- ro 200 6	Ju- lio 200 6	Ene- ro 200 7	Fe- bre- ro 200 7	Ju- nio 200 7	Ju- lio 200 7	A- gos- to 2007	Sep- tiembre 2007	Oc- tu- bre 2007	Novi- embre /dici- embre 2007		Enero 2008

2.15 Recursos para el estudio

1.- Recursos humanos:

- El autor asociado, solicitó cuatro enfermeras de salud pública de la unidad de medicina familiar no. 5 del IMSS de Ixtaczoquitlan Veracruz.

2.- Recursos materiales.

- Una computadora portátil marca Dell.
- Un paquete estadístico para base de datos.
- Un paquete estadístico Epi Info 2000.
- Una báscula de piso con estadímetro integrado
- 1200 hojas de papel tamaño carta para copias de cuestionarios.
- 25 lápices con goma.

3.- Recursos financieros.

- Fueron sustentados por el autor asociado.

2.16 Consideraciones éticas.

La presente investigación se considera sin riesgo, ya que los pacientes no se expondrán a riesgos o daños innecesarios por el investigador (Art.17, fracción 1, capítulo 1, título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud), y además se cobija en el Artículo 22 de la misma. Así como en la declaración de Helsinki y modificada en Tokio en 1975 y en las normas y procedimientos en materia de investigación que rigen en las instituciones de salud.

Los resultados del estudio, serán estrictamente confidenciales y de aplicación exclusiva para el estudio que proponemos.

Los riesgos a que serán expuestos los sujetos del estudio son conocimiento de su estado de salud, con respecto a la obesidad, para modificación de sus hábitos.

Los beneficios que proponemos con el estudio, es la corrección de su estado actual de salud, mediante la información a la escuela y a sus padres, de los riesgos a que son expuestos, permaneciendo en obesidad los alumnos que encontramos con obesidad, que de no ser corregidos oportunamente, sufrirán complicaciones como las enfermedades crónico degenerativas que acompañan a éste padecimiento.

3. RESULTADOS.

3.1 Presentación de los resultados.

Se enrolaron en el estudio un total de 170 sujetos los cuales cumplieron con los criterios a continuación se describe las principales características de la muestra

Cuadro 1.- Edad.

Con promedio de 16 años.

EDAD (años)	NUMERO DE ADOLESCENTES (n)	PORCENTAJE
13	1	0.6 %
14	37	21.8 %
15	38	22.4 %
16	25	14.7 %
17	36	21.2 %
18	18	10.6 %
19	15	18.8 %
TOTAL	170	100 %

Cuadro 2.- Género.

Predomina el género femenino

Mujeres	95	55.9%
Hombres	75	44.1%

Cuadro 3.- Estado civil.

Con promedio mayor de solteros en un 97%.

ESTADO CIVIL	NUMERO DE ADOLESCENTES (n)	PORCENTAJE
SOLTERO	166	97.6 %
CASADO	1	00.6 %
UNION LIBRE	3	1.8 %
TOTAL	170	100 %

Cuadro 4.- Nivel Socioeconómico.

Con promedio mayoritario el nivel alto con 54.1 %.

Calculado con el ingreso económico "Per. Cápita ": alto con mas de 30 pesos, medio de 12 a menos de 30 pesos y bajo con menos de 11 pesos.

NIVEL ECONOMICO	NUMERO DE ADOLESCENTES (n)	PORCENTAJE
ALTO	92	54.1 %
MEDIO	65	38.2 %
BAJO	9	5.3 %
SIN DATOS	4	2.4 %
TOTAL	170	100%

Cuadro 5.- Bienes materiales.

Calculado con bienes básicos, necesarios y superiores, que poseen en la familia del adolescente.

BIENES	No. DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
CON CASA PROPIA	134	79.3 %
SIN CASA PROPIA	35	20.7 %
CASA CON MENOS DE 3 HABITACIONES	80	47.1 %
CASA CON MAS DE 3 HABITACIONES	80	50.6%
SIN DATOS DE CASA	4	2.4 %
CON AUTOMOVIL	25	25.9 %
SIN AUTOMOVIL	124	72.9 %
SIN DATOS DE AUTOMOVIL	2	1.2 %

Cuadro 6.- Hábitos alimenticios.

Comprendido como factor de riesgo importante para la obesidad, en su entorno individual y familiar.

HABITO ALIMENTICIO	NUMERO DE ADOLESCENTES (n)	PORCENTAJE
CON LA FAMILIA (Más de 3 veces/semana.)	102	60 %
CON LA FAMILIA (menos de 3 veces/semana.)	59	34.7 %
SIN DATOS	5	2.9 %
ALIMENTOS JUNK (mas de 3 veces/semana)	60	35.3 %
ALIMENTOS JUNK (menos de 3 veces/semana)	2	1.2 %
ALIMENTOS NUTRITIVOS (mas de 3 veces/semana)	169	99.4 %
ALIMENTOS NUTRITIVOS (menos de 3 veces/semana)	1	0.6 %
CONSUMO DE AGUA (mas de 3 veces/semana)	93	54.7 %
CONSUMO DE AGUA (menos de 3 veces/semana)	73	42.9 %
SIN DATOS	4	2.4 %

Cuadro 7.-Familia.

Se consideran con factores de riesgo en el ámbito familiar: la escolaridad de los padres del adolescente y madre que trabaja.

FACTORES FAMILIARES (PADRES)	NUMERO DE ADOLESCENTES (n)	PORCENTAJE
ESCOLARIDAD		
LICENCIATURA	16	9.4 %
BACHILLERATO	43	25.3 %
SECUNDARIA	50	29.4 %
PRIMARIA	52	30.6 %
SIN DATOS	3	1.8 %

Cuadro 7a

MADRE QUE TRABAJA	NUMERO DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
SI TRABAJA	87	51.2 %
NO TRABAJA	83	49.7 %
TOTAL	170	100%

Cuadro 9.-Diagnostico nutricional.

DIAGNOSTICO	NUMERO DE ADOLESCENTES (n)	PORCENTAJE
DESNUTRICION	13	7.6 %
NORMAL	78.8	78.8 %
OBESIDAD	13.5	13.5 %

La imagen que forma de si mismo la persona, en éste caso el adolescente, sujeto de estudio, se considera un factor de riesgo para los trastornos alimenticios, en relación con su índice de masa corporal (IMC)

Cuadro 10.-Auto percepción de imagen corporal

AUTO PERCEPCIÓN	(n) ADOLESCENTES	PORCENTAJE
MENOR que su IMC	20	16.8 %
MAYOR que su IMC	69	40.6 %
IGUAL a su IMC	71	41.8 %
SIN DATOS	10	5.9 %

ANÁLISIS BIVARIADO

En el análisis se realizó buscando los factores que influyen en la auto percepción encontrándose los factores más relevantes que a continuación se detallan:

Factores que influyen en la auto-percepción de imagen corporal **mayor** a la realidad (tabla 1)

Variable		Riesgo relativo	IC 95%	Valor de P
Dx Clínico				
	Desnutrido	1.52	1.05 – 2.21	0.008
	Obeso	0.29	0.05 – 1.80	0.07
Femenino		1.65	1.13 – 2.41	0.006
Urbano		1.66	1.16 – 2.39	0.004
Padres obesos		1.19	0.85 – 1.66	0.31
Padres diabéticos		1.15	0.73 – 1.81	0.57

Factores que influyen en la auto percepción de imagen corporal **menor** a la realidad (Tabla 2)

Variable		Riesgo relativo	IC 95%	Valor de P
Dx Clínico				
	Desnutrido	2.83	0.44 – 18.27	0.29
	Obeso	7.93	3.51 – 17.94	< 0.00001
Femenino		1.17	0.54 – 2.53	0.69
Urbano		1.19	0.55 – 2.59	0.65
Padres obesos		2.48	1.09 – 5.62	0.024
Padres diabéticos		1.28	0.45 – 3.68	0.65

4. DISCUSION.

Se encontró una prevalencia de obesidad en los adolescentes de 12.4 % que es una cifra menor a la reportada en algunos estudios realizados en México sin embargo es similar a estudios de mayor cobertura como los hechos en EE.UU. y Canadá que reportan cifras similares a nuestro estudio

Nuestro estudio refleja, que al comparar el diagnóstico clínico con la forma que el adolescente se percibe su imagen corporal se encuentra que los obesos se perciben con una imagen menor a la que en realidad tiene esto constituye que al no percibir su realidad presente trastornos o hábitos alimenticios inadecuados al no sentir la necesidad de cuidar su cuerpo e imagen.

El hecho de tener padres con obesidad es un factor que influye en la percepción de los adolescentes con obesidad, tal vez se pudiera explicar que la convivencia y el trato diario hace habitual la figura obesa y no sea vista como un problema de salud.

Nos llama la atención que los adolescentes con algún grado de desnutrición se perciben con una imagen corporal mayor a la real que también puede constituir un factor de riesgo para trastornos en la dieta y no se es visto como una patología que puede influir de manera importante en su desarrollo.

Un factor de riesgo importante fue el hecho de ser mujer, ellas se perciben con una imagen a mayor a la realidad, en esto pensamos que existen factores de tipo cultural y social que esta influenciado por la moda y estilos de vida. Actualmente se considera que el prototipo idóneo de la mujer debe ser delgada y si en todos los medios de comunicación masiva se presentan este tipo de mujer hace que personas con un índice de masa corporal adecuada no lo perciban así.

Lo anterior se puede confirmar al encontrar la relación del medio urbano con la percepción de verse mayor a lo que en realidad es.

Nosotros no encontramos relación en lo que respecta a integración familiar, es decir el hecho de que los padres vivan separados, o que la familia sea nuclear o extensa no se le encontró relación con la forma de percibir su imagen.

El nivel socioeconómico del joven no demostró tener relación en otros estudios en países desarrollados, ésta es una variable que a mayor nivel la probabilidad de obesidad es menor, sin embargo no encontramos asociación tal vez, por ser un país en vías de desarrollo con otro estilo de vida.

5. CONCLUSIONES.

En nuestro estudio los que cursaban con algún grado de desnutrición se perciben con mayor imagen corporal a lo que en realidad son, situación contraria a los que presentaba obesidad se perciben con menor imagen a lo que en realidad son.

Las mujeres tienden a percibir con mayor imagen corporal a la realidad y tiene una asociación al medio en donde viven, en especial en el medio urbano.

El convivir de manera habitual con padres con obesidad se relaciona de manera importante que los adolescentes no perciban su imagen, con la que en realidad es, normalmente no aprecian su grado de obesidad.

Bibliografía.

- 1.-Grey D.A, BS, Powder M.L., PhD, Zinberg-Stanley, MD, MS Fancog, and Schulkin J.-Assessment and management of obesity Obstetrical and Gynecological Survey 2006 ,61(11):742-748 www.edumed.imss.gob.mx
- 2.-Hernán - Daza C. La Obesidad: un desorden -metabólico de alto riesgo para la salud. Colomb. Med. 2002;(33): 72-78. www.lmbiomed.com.
- 3.- Mendivil-Anaya C.O. Sierra- Ariza I.D. Avances en obesidad. Rev. Fac Med Univ Nac Colomb 2004; 52 (4) 270 – 286. www.edumed.imss.gob.mx Medic Latina.
- 4.- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.
- 5.-Turconi G., Guaracello M., y Cols. BMI values and other anthropometric and functional mesasurements as predictors of obesity in a selected group of adolescents. European Journal nutrition 2006 (45): 136-143. Springerlink
- 6.- Villagómez L., Cortés J., Barrera E., Saucedo D., Alcocer L, Comorbilidad de la Obesidad, con los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. De Investigación clínica 2003 55 (5):535-545. www.lmbiomed.com.mx
- 7.-Dávila-Rodríguez M.I y Cols. Epidemiología genética de la obesidad en el noroeste de México. Búsqueda de familias nucleares informativas. Gac Méd Méx 2005; 141 (3): 243-246.
- 8.- Dávalos-Ibáñez Obesidad infantil: un problema de malnutrición. Rev. De endocrinología y nutrición 1998; 6 (3): 49-51.
- 9.-Martínez G. Jódar E. Hawkins F. Bases fisiopatológicas de la obesidad Publicación oficial, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 25; (6): 121-123.
- 10.- González-Barranco J. Obesidad: Problema de Salud Pública en México. Nutrición Clínica 2002; 5 (4): 213-218.
- 11.-Chavarria – Arciniega S. Definición y criterios de Obesidad. Nutrición Clínica 2002; 5 (4):236-40 Medic Latina.
- 12.-McCrandle B.W. Hill Childhood Obesity lead to an epidemic of premature cardiovascular disease? Evidence-based cardiovascular medicine 2006 (10) 71-74. Springerlink www.elsevier.com.

- 13.-Vega-Franco L., Iñárritu M. del C. Adicción a los alimentos chatarra en niños y adultos Rev. Mex. Pediatr 2002; 69 (6): 219-220.
- 14.-Tulitha-Wickrama K.A., Wickrama K.A.S, and Chalandra M.B Community Influence on Adolescent Obesity: Race/ethnic differences. Journal of Youth and adolescence 2006; 35 (4): 647-657 Springerlink
- 15.-Videon T.M, Manning C.K. Influences on Adolescent Eating Patterns: The importante of Family meals. Journal of Adolescent Health 2003; 32: 363-373 Springerlink
- 16.-Gunnell D.J., Frankel S.J., Nanchatal K., Peters T.J., Davey-Smith G. Childhood obesity and adult cardiovascular Mortality: a 57-y follow-up study based on the Boyd Or Cohort. The American Journal of clinical Nutrition 1998 57: 1111-1118
Springerlink
- 17.-Romero-Velarde y Cols. Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. Salud pública de México 2007; 49 (2): 103-108. Medic Latina.
- 18.- González-Barranco J. Obesidad Rev. Hosp. Inf. De Méx. Federico Gómez 2004; (61): 369-371.
- 19.-Sotelo-Cruz N., Vázquez- Pizaña E., Ferrá-Fragoso S. Sobrepeso-obesidad, concentración elevada de colesterol y triglicéridos, en relación con riesgo coronario en adolescentes. Bol Med Hosp. Infant Méx 2004; 61: 372-383.
- 20.-Kovalskys I. Bay L. Rausch H. C., Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10-19 años en la consulta pediátrica. Arch. Pediatr Urug 2004; 75 (4): 345-351
- 21.- Aguilar-Ye A. y Cols. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. Rev. Mex. Pediatr 2002; 69 (5): 190-193.
- 22.-Delgado-Calvete C y Cols. Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y sicopatología en obesidad mórbida. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30 (6):376-381 Ebsco,
- 23.- Sweeting H., Wright Ch. and Minis H. Psychosocial correlatos of adolescent obesity,” slimming down” and “becoming obese” Journal of adolescent Health 2005; 37: 409e9-409.e17 www.edumed.imss.gob.mx Ebsco.
- 24.-Baile-Ayensa J.L. ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del marqués de San Adrián, Centro Asociado de la UNED de Tudela 1 – 22.

- 25.- Madrigal-Fritsch H. Y Col. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud pública de México 1999; 41 (86): 479-486.
- 26.- Montero P. Morales E.M. Carvajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Atropo 2004; (8): 107-116 www.didac.ehu.es/antropo.
- 27.-Irigoyen-Coria A. y Col. Fundamentos de Medicina Familiar, edit Medicina Familiar Mexicana 1995; 3ª. Edición: 3.
- 28.-Mendoza-Solís LA. Y Col. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch. Med fam 2006; 8 (1):27-32 www.google.com
- 29.- Sánchez-Reyes L., Beber A., Franghänel G. Incidencia de obesidad en una población Mexicana. Rev. de endocrinología y nutrición 2001; 9 (2):60-66 www.edumed.imss.gob.mx Medic Latina.
- 30.-Louro-Bernal I. La Familia en la determinación de la salud. Rev. cubana de salud pública 2003; 29(1):48-51.www.google.com
- 31.-Manning, Maryan, Patterson, Janice:"Youth: choices and change. Promoting Healthy Behaviors in adolescents. Childhood education, summer 2007. Pan American health organization 2005: 390. www.google.com.

ANEXO (1)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACION.

LUGAR Y FECHA: _____.

Por medio de la presente autorizo que mi _____

Participe en el proyecto de investigación titulado: **PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN CORPORAL EN EL ADOLESCENTE.**

Registrado ante el Comité Local de investigación en salud con el número.

El objetivo de éste estudio es:

Determinar la prevalencia de obesidad en adolescentes, de 15 a 19 años, en ambos géneros; comparando el Índice de Masa Corporal con autopercepción de imagen Corporal, mediante test de modelos anatómicos fijos para establecer la relación de percepción, que tiene el adolescente de si mismo, con la obesidad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Que mi _____ llenará:

- Un cuestionario de preguntas y test de imagen corporal.
- Será pesado y medido.
- Se le realizará un registro de tensión arterial.
- Se le tomará una muestra de sangre por punción del dedo anular izquierdo, para determinación de colesterol.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Portar ropa: short y camiseta, retirar los zapatos en el momento de los registros de peso y talla; así como adornos en la cabeza.
- Permitir una punción digital, para toma de muestra de sangre para medir colesterol.
- Permitir el registro de la tensión arterial.

El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que llevaran a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado, con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo en el instituto.

El investigador principal, me ha dado la seguridad de que no se me identificará

En las presentaciones o publicaciones de éste estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada, que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia, de mi representado(a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres /tutores o representante legal

Trinidad del Rocío Jiménez Peña

Nombre firma y matricula del investigador principal
Mat. 9901604 Telef. 7241939

Testigos

ANEXO (2)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACION.

LUGAR Y FECHA: _____.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN CORPORAL EN EL ADOLESCENTE.**

Registrado ante el Comité Local de investigación en salud con el número.

El objetivo de éste estudio es:

Determinar la prevalencia de obesidad en adolescentes, de 15 a 19 años, en ambos géneros; comparando el Índice de Masa Corporal con autopercepción de imagen Corporal, mediante test de modelos anatómicos fijos para establecer la relación de percepción, que tiene el adolescente de si mismo, con la obesidad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar

- Un cuestionario de preguntas y test de imagen corporal.
- Seré pesado y medido.
- Se me realizará un registro de tensión arterial.
- Se me tomará una muestra de sangre por punción del dedo anular izquierdo, para determinación de colesterol.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Portar ropa: short y camiseta, retirar los zapatos en el momento de los registros de peso y talla; así como adornos en la cabeza.
- Permitir una punción digital, para toma de muestra de sangre para medir colesterol.
- Permitir el registro de la tensión arterial.

El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que llevaran a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado, con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo en el instituto.

El investigador principal, me ha dado la seguridad de que no se me identificará

En las presentaciones o publicaciones de éste estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada, que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia, de mi representado(a) en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Trinidad del Rocío Jiménez Peña

Nombre firma y matricula del investigador principal
Mat. 9901604 Teléf. 7241939

Testigos

ANEXO (3)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACION.

LUGAR Y FECHA: _____.

Por medio de la presente autorizo que mi _____

Participe en el proyecto de investigación titulado: **PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN CORPORAL EN EL ADOLESCENTE.**

Registrado ante el Comité Local de investigación en salud con el número.

El objetivo de éste estudio es:

Determinar la prevalencia de obesidad en adolescentes, de 15 a 19 años, en ambos géneros; comparando el Índice de Masa Corporal con autopercepción de imagen Corporal, mediante test de modelos anatómicos fijos para establecer la relación de percepción, que tiene el adolescente de si mismo, con la obesidad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir:

- El acceso a la escuela y a las aulas designadas, al investigador y personal auxiliar autorizados para el estudio de investigación.
- Se coloquen los espejos a la entrada de la escuela
- Que los alumnos que hayan aceptado por escrito participar en el estudio, llenen un cuestionario de preguntas y test de imagen corporal, previo consentimiento informado de sus padres.
- Pesar y medir a los alumnos que hayan aceptado por escrito participar en el estudio.
- Se les realice un registro de tensión arterial.
- Se les tome una muestra de sangre por punción del dedo anular izquierdo, para determinación de colesterol.
- Se coloquen los espejos a la entrada de la escuela

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Permitir que los alumnos el día del estudio porten ropa: short y camiseta, se retiren los zapatos en el momento de los registros de peso y talla; así como adornos en la cabeza.
- Permitir una punción digital, para toma de muestra de sangre para medir colesterol.
- Permitir el registro de la tensión arterial.

El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que llevaran a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado, con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo en el instituto.

El investigador principal, me ha dado la seguridad de que no se me identificará

En las presentaciones o publicaciones de éste estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada, que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia, de mi representado(a) en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Trinidad del Rocío Jiménez Peña

Nombre firma y matricula del investigador principal
Mat. 9901604 Teléf. 7241939

Testigos
ANEXO (4)
PROYECTO DE INVESTIGACION
**PREVALENCIA DE OBESIDAD Y AUTOPERCEPCION DE IMAGEN
CORPORAL EN EL ADOLESCENTE.**

CUESTIONARIO

Lea cuidadosamente las indicaciones siguientes:

Por favor llene los espacios, punteados, en los datos personales.

Y marque con una X la respuesta que considere correcta, en cada pregunta.

NOMBRE.....

EDAD.....SEXO.....

ESTADO CIVIL.....

No. de Seguro Social.....

(Solo si es asegurado)

Perfil antropométrico.

Peso.....Talla.....IMC.....

I.- Antecedentes familiares:

1.- ¿Viven en su casa sus dos padres? () Si () No

2.- ¿Viven en su casa familiares como abuelos, tíos u otros? () Si () No

3.- ¿Viven en una comunidad? () Si () No

4.- ¿Viven en la ciudad? () Si () No

5.- ¿Su mamá trabaja? () Si () No

6.- ¿Tiene hermanos menores de 5 años? () Si () No

7.- ¿Sus padres son obesos? () Si () No

Si su respuesta fue afirmativa conteste:

Madre Padre. Los dos.

8.- ¿Qué grado de escolaridad tiene sus padres?

Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS.

1.- ¿Alguno de sus padres tiene diabetes? Si No

Si su respuesta es afirmativa conteste lo siguiente:

Uno de los padres Si No

Los dos. Si No

2.- ¿Alguno de sus padres tiene hipertensión arterial sistémica? Si No

Si su respuesta fue afirmativa conteste lo siguiente:

Uno de los padres Si No

Los dos. Si No

II.-ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS.

1.- ¿Su casa es propia? Si NO

2.- ¿Su casa tiene menos de 3 habitaciones? Si NO

3.- ¿Su casa tiene más de 3 habitaciones? Si NO

4.- ¿En su casa viven 3 personas ó menos? Si NO

5.- ¿En su casa viven más de 3 personas? Si NO

6.- ¿Su casa tiene agua intradomiciliaria? Si NO

7.- ¿Tiene luz eléctrica? Si NO

8.- ¿Tiene refrigerador? Si NO

- 9.- ¿Tiene estufa? () Si () NO
- 10.- ¿Tiene televisión? () Si () NO
- 11.- ¿Tiene teléfono en casa o celular? () Si () NO
- 12.- ¿Tienen automóvil? () Si () NO
- 13.- ¿A cuanto asciende el ingreso económico por persona en su familia?
- a).- Menos de \$11.00/día () Si () NO
- b).- De \$12.00 a \$30.00/día () Si () NO
- c).- Mas de \$30.00/día. () Si () NO

III ANTECEDENTES NUTRICIONALES POR SEMANA.

- 1.- ¿Consumen leche, queso, yogurt, carne y huevo?
- Menos de 3 veces () Si () NO
- Más de 3 veces () Si () NO
- 2.- ¿Consume verduras, hortalizas y fruta?
- Menos de 3 veces. () Si () NO
- Más de 3 veces. () Si () NO
- 3.- ¿Consumen alimentos “chatarra” (frituras y refrescos)?
- Menos de 3 veces. () Si () NO
- Más de 3 veces. () Si () NO
- 4.- ¿Sus alimentos son con la familia?
- Menos de 3 veces a la semana. () Si () NO
- Más de 3 veces a la semana. () Si () NO

5.- ¿Cuántas comidas hace al día?

Menos de 3 veces. () Si () NO

Más de 3 veces. () Si () NO

6.- ¿Consumes agua natural?

Menos de 3 veces. () Si () NO

Más de 3 veces. () Si () NO

IV EVALUACION CLINICA DE REGISTROS DE T.A. Y COLESTEROL.

1.- Tensión arterial (T.A.) _____ mmHg.

2.-Determinación de colesterol sérico_____ mg. / dl.

V.- DIAGNOSTICO NUTRICIONAL _____

VI.-DIAGNOSTICO SOCIOECONOMICO _____

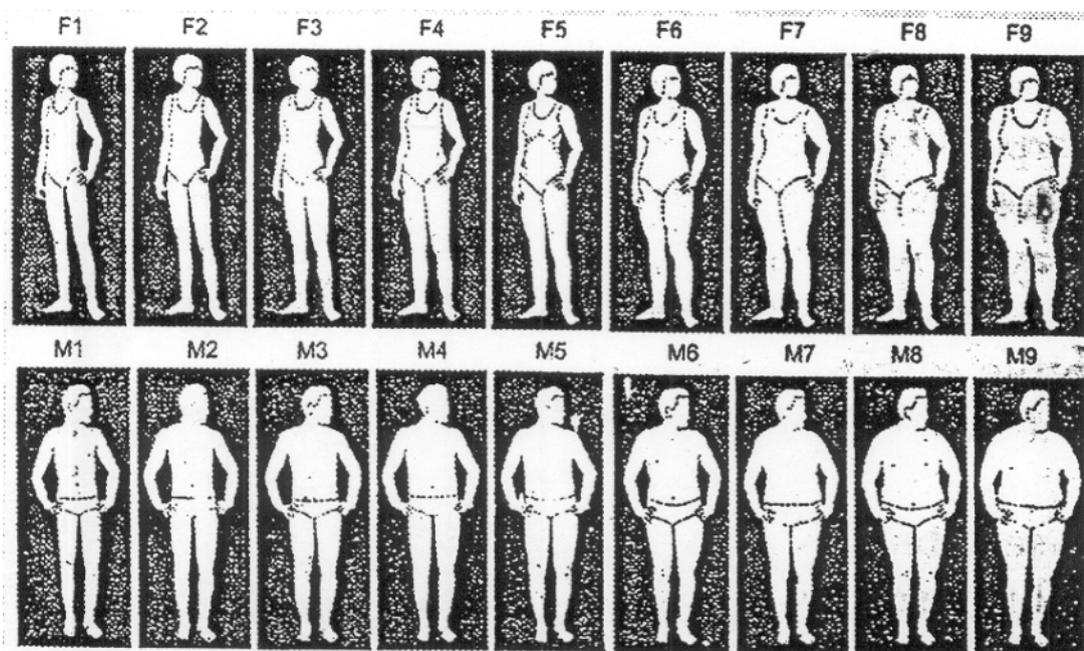
VII.-DIAGNOSTICO CLINICO _____

Firma del participante.

ANEXO (5)

TEST DE FIGURA CORPORAL

USTED DEBE ESCOGER LA FIGURA, QUE CREE CORRESPONDE A LA FIGURA DE SU PROPIO CUERPO, TAL COMO LO PERCIBE EL DÍA DE HOY., CRUZANDO CON UNA X, SOLO UNA DE LAS FIGURAS. (25)



ESCALA DE FIGURAS FIJAS, PARA CALIFICAR DEL 1 AL 9 COMO SIGUE:

FIGURA 1 DELGADO; FIGURA DE 2 - 5 NORMAL; FIGURA 6 -7 SOBREPESO Y FIGURA 8-9 OBESO. Con talla de 1.60 mt. (25)

FIGURA 1 DELGADO; FIGURAS 2- 4 NORMAL; FIGURAS 5- 6 SOBREPESO Y FIGURA 7 – 9 PARA OBESO. (25) modificado para talla corta, en población mexicana. Talla de 1.55 mt. para varones y 1.45 mt. para mujeres.