

Sobrepeso, obesidad y autoestima en trabajadores de la salud

Overweight, obesity and self-esteem in health workers

Roberto Joel Tirado-Reyes^{1a}, Patricia de Lourdes-Retamoza^{2b}, Silvia Uriarte-Ontiveros^{3c}

^a0000-0002-1492-7507; ^b0000-0003-2545-4693; ^c0000-0002-9002-4422

Resumen

Introducción: el sobrepeso y la obesidad han tenido un alarmante avance en las últimas décadas, por lo que la Organización Mundial de la Salud señala que uno de los principales retos mundiales es el control del desmedido incremento ponderal de las sociedades, dado que se acompaña de enfermedades metabólicas, años de vida perdidos ajustados por discapacidad y fallas psicológicas que la American Psychiatric Association considera un factor que altera el estado físico.

Objetivo: identificar la relación que tiene el sobrepeso y la obesidad con la autoestima en los trabajadores de la salud.

Metodología: estudio descriptivo y correlacional. El muestreo fue aleatorio sistematizado. La muestra se constituyó con 220 trabajadores de la salud y personal administrativo. Para la recolección de los datos se utilizó una cédula sociodemográfica, datos de sobrepeso, obesidad y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los datos se analizaron con el programa SPSS, versión 22. El estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en México.

Resultados: se registró una prevalencia de obesidad de 43.6% y de sobrepeso de 37.3%. Ambas mostraron diferencias significativas según la categoría laboral ($\chi^2 = 18.02, p = 0.05$); se observó una relación entre la autoestima por género ($\chi^2 = 14.8, p = 0.05$) y la categoría laboral ($\chi^2 = 13.2, p = 0.02$), y correlación negativa y significativa entre el sobrepeso, la obesidad y la autoestima ($r_s = -0.68, p = 0.01$).

Abstract

Introduction: Overweight and obesity have presented an alarming advance in recent decades, which is why the World Health Organization points out that one of the main challenges facing countries worldwide is controlling the excessive weight increase that societies present, since this increase is associated with metabolic diseases, years of life adjusted for disability, and psychological failures that the American Psychiatric Association considers as a factor that affects physical status.

Objective: To identify the relationship of overweight and obesity with self-esteem in healthcare workers.

Methods: Descriptive, correlational study. The sampling was random systematic. The sample consisted of 220 health workers and administrative staff. For the data collection a socio-demographic document, data of overweight and obesity, and the Rosenberg Self-Esteem Scale were used. The data was analyzed with SPSS statistical package, version 22. The study adhered to the provisions of Mexico's General Health Law.

Results: Prevalence of obesity was 43.6% and overweight 37.3%. Both showed significant differences according to job category ($\chi^2 = 18.02, p = 0.05$); there was an association between self-esteem by gender ($\chi^2 = 14.8, p = 0.05$), job category ($\chi^2 = 13.2, p = 0.02$), and a significant negative correlation between overweight, obesity, and self-esteem ($r_s = -0.68, p = 0.01$).

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica Ambulatoria No. 55, Módulo PREVENIMSS No. 3;

²Universidad Autónoma de Sinaloa, Escuela Superior de Enfermería, Dirección Escolar; ³Universidad Autónoma de Sinaloa, Escuela Superior de Enfermería, Área de Proyectos Especiales. Culiacán, Sinaloa, México

Correspondencia:

*Roberto Joel Tirado-Reyes
E-mail: robertojtr@uas.edu.mx
2448-8062 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permayer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 18/04/2020

Fecha de aceptación: 13/10/2020

DOI: 10.24875/REIMSS.M20000020

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2020;28(4):310-318

<http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>

Conclusión: el sobrepeso y la obesidad revelaron una relación con la autoestima en los trabajadores de la salud.

Palabras clave: Sobrepeso; Obesidad; Autoestima; Personal de Salud

Conclusion: Overweight and obesity were related to self-esteem in health workers.

Keywords: Overweight; Obesity; Self Concept; Health Personnel

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1975 hasta la actualidad, las cifras de personas con padecimiento de obesidad se han triplicado en el plano mundial y en el año 2016 se identificaron cerca de 650,000,000 casos de obesidad en edades de 18 o más años. Respecto del sobrepeso, las cifras son de 1,900,000,000 de adultos. Los casos representan el 13% y 39% del total de la población mundial, respectivamente.¹

Esta realidad revela un problema de salud relacionado con enfermedades crónicas y degenerativas (hipertensión, diabetes),² múltiples factores de origen económico, ambiental y genético,³ estilo de vida poco saludable y escasa actividad física.⁴

Asimismo, la OMS define *sobrepeso* y *obesidad* como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En esta acumulación, el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza con frecuencia para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula al dividir el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). El IMC en sobrepeso es ≥ 25 y en la obesidad ≥ 30 .¹

De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el 19.5% de los adultos de los países que pertenecen a esta organización tiene un índice de masa corporal >30 y los países que tienen más altas prevalencias de obesidad son Estados Unidos con 38.2%, México con 32.4% y Nueva Zelanda con 30.7%.⁵

En México, en el análisis de las Encuestas de Salud y Nutrición (ENSANUT) que elaboró la Secretaría de Salud entre 2012 y 2018, los porcentajes de mexicanos que padecen sobrepeso y obesidad aumentaron entre 4% y 1% al pasar de 71.3% a 75.2% en el caso de adultos de 20 años o más con sobrepeso y obesidad, lo cual representa 8.6 millones de personas enfermas. Los resultados acerca del sobrepeso y la obesidad en adultos mayores de 20 años revelan que 7 de cada 10 adultos los padecen, dado que en el 2012 fue de 71.2% y en el 2018 de 75.2%,⁶ lo que refleja un comportamiento que concuerda con el estudio que realizaron

Kelly, et al., cuyas proyecciones señalan que el 20% de toda la población adulta del mundo será obesa en el año 2030.⁷

El personal de salud no escapa a este fenómeno epidemiológico, en el que se ha registrado una prevalencia de sobrepeso y obesidad mayor del 50%, según varios estudios.^{3,8,9,10} Además, se ha señalado un porcentaje más alto en personal de enfermería respecto del resto de los trabajadores de salud.

Otro de los factores vinculados con la obesidad es la *autoestima*, que Rosenberg define como un fenómeno interpersonal derivado de la percepción de sí mismo y los ideales sociales y culturales. Cuanta menos discrepancia exista entre ambos, mayor será la autoestima; por el contrario, a mayor discrepancia, la percepción de valía del individuo será negativa y habrá menor autoestima.¹¹

Según Calva (citado por Alvarado, et al.), la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, trastornos alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingestión erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión.¹² De manera similar, Goldberg menciona que una de las consecuencias más importantes de la obesidad es la pérdida de autoestima, lo cual puede llevar a la persona a desarrollar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de remediar esa depresión con el consumo de comida.¹³

De acuerdo con lo anterior, Herrera, et al. realizaron un estudio en el que midieron sobrepeso y obesidad, grado de actividad física y autoestima en la niñez; sus hallazgos revelaron una prevalencia de obesidad de niñas y niños, un alto sedentarismo y más de la cuarta parte tuvo baja autoestima.¹⁴

AlvaradoSánchez, et al., en su estudio sobre obesidad y baja autoestima en adultos, efectuaron una intervención. Sus hallazgos muestran que, antes de la intervención, la autoestima era baja y después de ella, cuando se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales (relajación, autocontrol y reestructuración cognitiva), se logró una reducción mayor de peso que la intervención basada en la simple información; los autores aseveran

que la autoestima de los individuos mejoró al término de la intervención psicológica.¹²

Por otra parte, García-González y Froment, en su investigación “Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores”, señalan en los resultados que los sujetos mayores que consideran tener una mejor autoestima personal son aquellos que realizan actividades físicas con regularidad.¹⁵ Asimismo, Berglan, *et al.* refieren que gozar de una alta autoestima se correlaciona en grado positivo con la práctica de actividad física.¹⁶

Además, Sánchez, *et al.* condujeron un protocolo para medir el autocuidado en enfermeras y su relación con el estado emocional. Las participantes tenían dislipidemias en 45% e hiperglucemia en 67%; 80% mostró sobrepeso y obesidad (sobre todo en el turno nocturno); se concluyó que existe un nexo entre las prácticas de autocuidado inadecuadas con la baja autoestima y el malestar emocional.¹⁷

En este sentido, la OMS refiere en el documento “Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 60ª Asamblea Mundial de la Salud”, en el objetivo 2 (Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo), que es preciso insistir en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo, sobre todo al alentar entre los trabajadores una dieta sana y actividad física, y promover la salud mental y familiar en el trabajo.¹⁸

En virtud de la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud, como se menciona en los artículos ya citados,^{8,9,10} y de la escasa evidencia científica referente a sobrepeso y obesidad en relación con la autoestima de los profesionales de la salud, surgió el interés en este grupo de investigadores de llevar a cabo el estudio; para ello se partió de la siguiente pregunta: ¿cuál es la relación que tiene el sobrepeso y la obesidad con la autoestima en trabajadores de la salud? Además, se formuló la siguiente hipótesis: a mayor autoestima, menor peso en los trabajadores de la salud.

Metodología

Se condujo un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y correlacional. La población de estudio se conformó con 500 trabajadores de la salud de ambos sexos, de 18 a 60 años de edad, de una unidad de medicina familiar (UMF) en Culiacán, Sinaloa, México. El tipo de muestreo empleado fue aleatorio sistematizado. El tamaño de la muestra se calculó con el programa Epidat 4.2,¹⁹ con una

confiabilidad del 95%, precisión del 5%, potencia del 80% y proporción de ajuste de pérdidas del 15%. El tamaño de la muestra fue de 220 participantes, los cuales se clasificaron en dos grupos: trabajadores de la salud (médicos, enfermeros, nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales) y personal administrativo (otras categorías no relacionadas con la salud).

En cuanto a los criterios de selección, se incluyó a todo el personal que laboraba en la unidad de medicina familiar de los turnos matutino, vespertino y nocturno; se excluyó a los individuos discapacitados y a los que se hallaban en periodo vacacional. Para la recolección de datos se utilizó una cédula de datos personales, sobrepeso y obesidad (CDSPyO-10) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR-11).¹¹ De manera inicial se solicitó el censo de los trabajadores y con posterioridad los investigadores abordaron a los participantes en sus áreas de trabajo en los todos los turnos durante los enlaces de éstos, se les explicó el propósito del estudio y se les solicitó su participación voluntaria. Una vez que aceptaron firmaron el consentimiento informado. Después de conceder la aceptación, los participantes pasaron a un consultorio para realizar la somatometría y leer las instrucciones para responder los instrumentos. Con el fin de estandarizar el proceso de la somatometría, se calibraron las básculas y los estadímetros; para medir el peso, los individuos subieron a la báscula sin zapatos y con ropa ligera, con los pies colocados en el centro de la báscula, las puntas ligeramente separadas y los brazos a los lados del cuerpo. Tras obtener el parámetro, se registró la medida en kilogramos y se cuantificó la estatura con el paciente de pie sin zapatos, el cuerpo en posición recta, los brazos a los lados, sin adornos en la cabeza y con la vista al frente. Luego de anotar el parámetro, se registró la medida en metros y se midió el perímetro abdominal con una cinta métrica: con el sujeto en la posición ya señalada, con la cintura descubierta y el abdomen relajado, se colocó la cinta métrica en el punto medio entre la última costilla y el borde superior del hueso de la cadera sin ejercer presión; por último, se le solicitó al participante realizar una inspiración profunda y al momento de exhalar se tomó la medida en centímetros.²⁰ Con la finalidad de estandarizar los resultados de medición interobservador e intraobservador, los tres investigadores llevaron a cabo la medición del peso, talla y cintura: el investigador uno midió peso y talla; la cuantificación del perímetro abdominal la efectuó el investigador dos; y el registro de mediciones lo realizó el investigador tres. Para determinar la existencia de sobrepeso y obesidad en los participantes, se

solicitaron cartilla de salud y citas médicas con el propósito de contrastar las mediciones obtenidas con los puntajes registrados en la cartilla de salud del adulto hombre, mujer de 20 a 59 años y adulto mayor de 60 años o más, en el componente de nutrición. Asimismo, con la finalidad de determinar el grado de acuerdo entre el sobrepeso y la obesidad medidos con el antecedente registrado en el carnet de salud y las citas médicas, se calculó el índice kappa de Cohen y se encontró un grado de acuerdo para el sobrepeso de 84% ($\text{kappa} = 0.84$, $p = 0.001$); en el caso de la obesidad se identificó un grado de acuerdo de 88% ($\text{kappa} = 0.88$, $p = 0.05$); estos criterios se consideraron como buena concordancia.

En primer lugar se contestó el instrumento CDSPyO-10 y después el EAR-11. La cédula CDSPyO-10 incluye las variables de edad, género, escolaridad, categoría laboral y turno; después de estas preguntas se incluyeron los reactivos que miden sobrepeso y obesidad, peso, talla, cintura, IMC y, si se practicaba, deporte. El punto de corte para definir el sobrepeso y la obesidad se estableció de la siguiente manera: IMC de 18.5 a 24.9 puntos: peso ideal; IMC de 25 a 29.9 puntos: sobrepeso; IMC ≥ 30 puntos: obesidad¹. En el caso de la EAR-11, se trata de una escala diseñada para la medición global de la autoestima que desarrolló Rosenberg y que incluye 10 reactivos cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Para controlar el efecto de aquiescencia, la mitad de los reactivos está enunciada de forma positiva y la otra mitad de modo negativo. Su puntuación corresponde a una escala tipo Likert, en la que cada reactivo se responde en una escala de cuatro categorías de respuesta: 1, totalmente de acuerdo; 2, de acuerdo; 3, en desacuerdo; y 4, totalmente en desacuerdo. Para obtener el puntaje del instrumento se recodifican los valores de los reactivos 1, 3, 4, 6 y 7 y a continuación se suman. La interpretación de la escala indica que a mayor puntaje mayor autoestima. Para establecer el punto de corte del instrumento se generaron índices de 0 a 100 con el paquete estadístico SPSS y se determinó que 0 a 59 puntos equivalen a un grado de autoestima bajo, 60 a 79 puntos representan un grado de autoestima medio y 80 o mayor equivalen a un grado de autoestima alto. La EAR-11 ha mostrado consistencia interna aceptable en investigaciones previas que oscilan entre 0.78 y 0.79 de alfa de Cronbach; este trabajo de investigación mostró una consistencia interna de 0.79 de alfa de Cronbach en una prueba piloto realizada en una población similar con 35 participantes, un criterio que se

consideró como confiable para la realización de este trabajo de investigación.^{21,22,23}

Análisis estadístico

Los datos del estudio se analizaron de forma cuantitativa con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 22.0 para Windows. La estadística descriptiva permitió conocer las características de las participantes del estudio por medio de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. La estadística inferencial hizo posible determinar el grado de relación entre las variables principales del estudio con el propósito de contestar los objetivos y la hipótesis. Se determinó la confiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg a través del coeficiente de correlación alfa de Cronbach; se emplearon pruebas estadísticas no paramétricas como chi cuadrada, correlación rho de Spearman y la prueba paramétrica ANOVA mixta con corrección del límite inferior, dado que no se cumplió el supuesto de normalidad, equivalencia de muestras y esfericidad.²⁴

Aspectos éticos

El estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos, conforme al artículo 17, fracción II,²⁵ y se consideró de riesgo mínimo en virtud de que sólo se investigó acerca de la obesidad y la autoestima, y no hubo intervención de los investigadores. Se contó con un consentimiento informado, en el que se explicaron cada uno de los objetivos del estudio y se le garantizó al participante recibir respuesta a cualquier pregunta y la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decidía; asimismo, el estudio contó con el dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela Superior de Enfermería de Culiacán, con número de registro 002-18.

Resultados

Se encuestó a 220 trabajadores, con un promedio de edad de 36 años y una desviación estándar de 9.56. Predominó el sexo femenino con 55.5%; además, el 57% se integró con trabajadores de la salud y 43% con personal administrativo (Cuadros I y II).

Para el ANOVA mixto sobre los efectos entre un sujeto y otro, la prueba de límite inferior muestra que existen diferencias significativas en el sobrepeso y la obesidad de los trabajadores de la salud y el personal

Cuadro I. Datos sociodemográficos de los trabajadores de la salud (variables cualitativas) ($n = 220$)

Variables	F	%
Género		
Femenino	122	55.5
Masculino	98	44.5
Categoría laboral		
Trabajadores de la salud	125	57.0
Personal administrativo	95	43.0
Profesionales de la salud		
Enfermero	67	53.6
Médico	26	20.8
Químico	4	3.2
Técnico radiólogo	3	2.4
Nutriólogo	4	3.2
Trabajadoras sociales	6	4.8
Asistentes médicas	15	12.0
Personal administrativo		
Intendente	33	34.7
Camillero	10	10.6
Oficial de mantenimiento	15	15.7
Auxiliar de farmacia	10	10.6
Auxiliar universal de oficina	18	18.9
Almacenista	9	9.5
Turno		
Matutino	104	47.0
Vespertino	73	33.0
Nocturno	43	20.0

F: frecuencia.
Fuente: CDSPY0-10.

administrativo, medido en kilogramos ($F = 0.001$, $p = 0.001$), pero no hay diferencias en relación con la interacción entre el sobrepeso, la obesidad de los trabajadores de la salud y el personal administrativo según el género ($F = 2.77$, $p = 0.100$). Con respecto a los efectos entre los individuos, se identificaron diferencias significativas entre el sobrepeso y la obesidad de los trabajadores de la salud y el personal administrativo medidos en kilogramos de acuerdo con el género ($F = 170.70$, $p = 0.001$).

La prevalencia global de sobrepeso fue de 37.3% y la de obesidad de 43.6%. Por categoría laboral, los trabajadores de la salud registraron una prevalencia de sobrepeso de 23.2% y de obesidad de 22.3%. El personal administrativo tuvo una prevalencia de sobrepeso de 16.8% y de obesidad de 15.9% (Cuadro III). De acuerdo con el género, la prevalencia fue mayor en el femenino, con prevalencia de obesidad de 20.4% y sobrepeso de 20.0%, y cuando se vincularon el sobrepeso y la obesidad respecto del género no se hallaron diferencias significativas (chi cuadrada = 6.55, $p = 0.52$) (Cuadro III).

Cuando se comparó la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre trabajadores de la salud y el personal administrativo, se observó que hay diferencias significativas del sobrepeso y la obesidad por categoría laboral (chi cuadrada = 18.02, $p = 0.05$). Los trabajadores de la salud mostraron porcentajes más altos de sobrepeso y obesidad en comparación con el personal administrativo (Cuadro III). Cuando se comparó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en médicos, enfermeros y otros trabajadores de la salud no se reconocieron diferencias significativas (chi cuadrada = 8.02, $p = 0.25$).

En cuanto al grado de autoestima general en trabajadores de la salud y personal administrativo, se observó que el 45.5% tiene autoestima alta, 34.4% autoestima media y 20.0% autoestima baja (Cuadro IV).

Se encontró un nexo significativo (chi cuadrada = 14.8, $p = 0.05$) entre el grado de autoestima por género. Los hombres tuvieron un mayor porcentaje de autoestima alta (50.0%) en comparación con las mujeres (41.8%). Cuando se comparó el grado de autoestima por categorías laborales, se observó que existen diferencias significativas (chi cuadrada = 13.2, $p = 0.02$). Los trabajadores de la salud registraron un mayor porcentaje de autoestima alta (78.4%) respecto del personal administrativo (70.5%) (Cuadro V).

Existe una correlación negativa del peso con el grado de autoestima: a menor peso, mayor autoestima en los trabajadores de la salud ($r_s = -0.68$, $p = 0.01$). Conforme disminuye el peso aumenta la autoestima de los trabajadores de la salud (Cuadro VI).

Discusión

De acuerdo con informes de la OMS, la obesidad es uno de los principales retos en el mundo. Las cifras de personas con padecimiento de sobrepeso y obesidad se han triplicado en el mundo; los casos representan 13% y 39%, respectivamente, del total de la población mundial¹. Estos datos se asemejan a los de este estudio, dado que la prevalencia de obesidad es de 43.6% y la de sobrepeso de 37.0%. Incluso estos resultados son superiores a los datos reflejados por la OCDE, que señala una prevalencia de obesidad para México de 32.4% y para Estados Unidos de 38.2%.⁵ Según los resultados de la ENSANUT, en el 2018 la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población mexicana fue de 75.2%.⁶ Llama la atención que el resultado de este estudio fue de 80.6%, mayor en cinco puntos porcentuales. Esto se puede relacionar con la falta de ejercicio que reveló el personal estudiado, ya que sólo el 23% realiza deporte. Estos datos coinciden con lo

Cuadro II. Datos sociodemográficos de los trabajadores de la salud (variables cuantitativas) ($n = 200$)

Variables	Mínimo	Máximo	Mediana	Z de Kolmogorov-Smirnov	p
Edad	19	62	36.0	7.3	0.04
Peso	50	110	86.2	4.7	0.03
Talla	155	180	169	7.2	0.01
IMC	18	32	30.5	4.7	0.04

IMC: índice de masa corporal.
Fuente: CDSPY0-10.

Cuadro III. Prevalencias de sobrepeso y obesidad de acuerdo con los trabajadores y el género ($n = 220$)

Variables	F	%	IC95%	chi cuadrada	p
Prevalencia general					
Normopeso	42	19.1	0.16-0.21		
Sobrepeso	82	37.3	0.32-0.43		
Obesidad	96	43.6	0.38-0.48		
Trabajadores de la salud				18.02	0.05
Normopeso	20	9.1	0.69-1.5		
Sobrepeso	51	23.2	0.21-0.24		
Obesidad	49	22.3	0.20-0.24		
Personal administrativo					
Normopeso	28	12.7	0.10-0.14		
Sobrepeso	37	16.8	0.14-0.18		
Obesidad	35	15.9	0.13-0.17		
Mujeres				6.55	0.520
Normopeso	33	15.0	0.13-0.17		
Sobrepeso	44	20.0	0.18-0.22		
Obesidad	45	20.4	0.18-0.23		
Hombres					
Normopeso	15	6.8	0.51-0.81		
Sobrepeso	49	22.3	0.20-0.24		
Obesidad	34	15.5	0.13-0.17		

F: frecuencia; IC95%: intervalo de confianza al 95%.
Fuente: CDSPY0-10.

Cuadro IV. Grado de autoestima general en trabajadores de la salud y personal administrativo ($n = 220$)

Variable	F	%	IC95%
Baja	44	20.0	0.17-0.22
Media	76	34.5	0.32-0.36
Alta	100	45.5	0.42-0.47
Total	220	100.0	

F: frecuencia; IC95%: intervalo de confianza al 95%.
Fuente: EAR-11

informado en el estudio de Díaz, *et al.*, cuyos participantes eran físicamente inactivos (sedentarios) y tenían

una mayoría de mujeres, así como una mayor prevalencia de obesidad.²⁶

En cuanto a la categoría laboral, se comparó el sobrepeso y la obesidad de ambas categorías y se encontró que existen diferencias significativas (chi cuadrada = 18.02, $p = 0.05$). La prevalencia de trabajadores de la salud fue mayor (23.2%, 22.3%) comparada con la del personal administrativo. Estos datos tienen similitud con los hallazgos de Nieves, *et al.*, quienes registraron una prevalencia de obesidad de 53% en el personal de enfermería y en médicos de 36.0%;⁹ además, la proporción de sobrepeso y obesidad en las enfermeras fue mayor que en el resto de las categorías, datos que coinciden con los de Fong.¹⁰

Cuadro V. Grado de autoestima según el género y la categoría laboral ($n = 220$)

Variable	Género				chi cuadrada	p
	Masculino		Femenino			
	F	%	F	%		
Bajo	18	18.4	26	21.3	14.8	0.05
Medio	31	31.6	45	36.9		
Alto	49	50.0	51	41.8		
Total	98	100.0	122	100.0		
Grado de autoestima	Categoría laboral				13.2	0.02
	Trabajadores de la salud		Personal administrativo			
	F	%	F	%		
Bajo	11	8.8	9	9.5	13.2	0.02
Medio	16	12.8	19	20.0		
Alto	98	78.4	67	70.5		
Total	125	100.0	95	100		

F: frecuencia.
Fuente: CDSPY0-10, EAR-11.

Cuadro VI. Coeficiente de correlación de Spearman de sobrepeso, obesidad y autoestima baja, media y alta ($n = 220$)

Variable	1			
Sobrepeso	1			
Obesidad	0.411*	1		
Autoestima baja	-0.349*	-0.456*	1	
Autoestima media	-0.390*	-0.474*	-0.580**	1
Autoestima alta	-0.710†	-0.670†	-0.675†	-0.680†

Fuente: CDSPY0-10, EAR-11.
* $p \leq 0.05$.
† $p \leq 0.01$.

En relación con el grado de autoestima por género, se identificó evidencia estadística para comprobar el nexo entre el grado de autoestima por género (chi cuadrada = 14.8, $p = 0.05$), dado que los hombres tuvieron porcentajes más elevados de autoestima alta (50%). Esto concuerda con un estudio de Rodríguez, *et al.* en Costa Rica²⁷ y Lazarevich, *et al.*²⁸ Por lo tanto, se puede aducir que la desigualdad de género afecta la confianza de las mujeres y su capacidad de perseguir planes de vida distintos de los papeles sociales que se les asignó durante la infancia y que prevalecen hasta la vida adulta.

En cuanto al grado de autoestima por categorías laborales, en este estudio se hallaron diferencias

significativas (chi cuadrada = 13.2, $p = 0.02$): los trabajadores de la salud tuvieron porcentajes más elevados de autoestima alta (78.4%) en comparación con el personal administrativo (70.5%), lo cual concuerda con el informe de Seminario, quien encontró que el 40% de los trabajadores de la salud mostró un grado medio alto de autoestima en un estudio realizado en Perú con el propósito de conocer el grado de autoestima entre trabajadores de la salud de un centro de salud.²⁹

Según Goldberg, en su estudio sobre obesidad y autoimagen, una de las principales consecuencias de la obesidad es la pérdida de la autoestima.¹³ Esto coincide con esta investigación, en la que se encontró que

a mayor grado de obesidad menor grado de autoestima en los participantes ($r_s = -0.48, p = 0.05$).

Entre las limitaciones de este estudio debe mencionarse que se evaluó de una manera más completa la actividad física de los participantes para determinar si la prevalencia de sobrepeso y obesidad se relacionaba con la inactividad física o el sedentarismo.

Conclusiones

Se encontraron prevalencias de sobrepeso y obesidad que rebasan los informes de la OMS, la OCDE y la ENSANUT 2018. Cuando se vincularon se observó relación con la categoría laboral y la autoestima. Se comprobó que existe correlación entre el peso y la autoestima: a menor sobrepeso y obesidad, mayor grado de autoestima en los trabajadores de la salud. Por último, es importante señalar que si bien es cierto que sólo una proporción de trabajadores mostró autoestima baja, si ésta se combina con la autoestima media se incrementa en más del 50%, lo cual es preocupante dado que las personas con autoestima moderada pueden incurrir con facilidad en baja autoestima,¹¹ de acuerdo con la teoría de Rosenberg, lo cual representa una de las principales consecuencias de la obesidad, de acuerdo con Goldberg.¹³

Según lo anterior, y para cumplir con el objetivo de la OMS, en el apartado del Plan de Acción Mundial sobre la salud de los trabajadores se indica en el objetivo 2: "Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo", que es preciso insistir en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo, sobre todo al fomentar entre los trabajadores una dieta sana y actividad física y promover la salud mental y familiar en el trabajo.¹⁸ Ante ello es necesario instituir programas de intervención de educación para la salud y adoptar estilos de vida saludable con el propósito de reducir la obesidad e incrementar el grado de autoestima en los trabajadores de la salud. Estas acciones las pueden aplicar el departamento de fomento a la salud de los trabajadores de esta unidad. Además, el departamento de psicología puede diseñar un programa para los trabajadores de la salud con la estrategia de intervención psicológica (con el uso de técnicas como relajación, autocontrol y reestructuración cognitiva), tal y como lo señalan Alvarado, et al.¹²

Por último, algunos estudios muestran que un trabajador con baja autoestima tiende a ser poco asertivo al adoptar intervenciones en el campo laboral, por lo que en lo sucesivo sería conveniente estudiar la autoasertividad y su relación con la autoestima en los trabajadores de la salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. OMS; actualizado el 1 de abril de 2020. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Petermann F, Duran E, Labrana AM, Martínez MA, Leiva AM, Garrido-Méndez A, et al. Factores asociados al desarrollo de obesidad en Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Rev Med Chile.* 2017;145(6):716-22. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n8/0034-9887-rmc-145-08-0996.pdf>
3. Cruz-Domínguez MP, González-Márquez F, Ayala-López EA, Vera-Lastra OL, Vargas-Rendón GH, Zárate-Amador A, et al. Sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico e índice cintura/talla en el personal de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53(Suppl: 1):36-41. Disponible en http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/52/344
4. Concha-Cisternas Y, Guzmán-Muñoz E, Valdés-Badilla P, Lira-Cea C, Peterman F, Celis-Morales C. Factores de riesgo asociados a bajo nivel de actividad física y exceso de peso corporal en estudiantes universitarios. *Rev Med Chile.* 2018;146(8):8409. Consultado el 14/09/20. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n8/0034-9887-rmc-146-08-0840.pdf>
5. Organización para la Cooperación y Desarrollo. Obesity Update. OCDE; 2017. Disponible en <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
6. Encuesta Nacional de Salud [ENSANUT]. Sobrepeso y obesidad. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Geografía y Estadística; 2018. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/>
7. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes.* 2008;32(9):1431-7. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/ijo2008102>

8. Gómez-Avellaneda G, Tarqui-Mamani C. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario. *Inv Ciet Y Tec.* 2017;14(2):14-18. Disponible en <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1972/1431>
9. Nieves-Ruiz ER, Hernández-Durán AG, Aguilar-Martínez NC. Obesidad en personal de enfermería de una unidad de medicina familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2011;19(2):87-90. Disponible en http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/453
10. Fong-Mata ER, Zazueta-Castañeda M, Fletes-González D, Pérez-Hernández C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería. *Med Int Mex.* 2006;22(2):81-4.
11. Rosenberg M. *Society and the adolescent selfimage.* Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
12. Alvarado-Sánchez AM, Guzmán-Benavides E, González-Ramírez MT. Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza en Investigación en Psicología.* 2005;10(2):417-28. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
13. Goldberg A. *Secuelas de obesidad en la salud.* [Sin lugar de publicación]; 2002.
14. Herrera-Monge MF, Álvarez-Bogantes C, Sánchez Ureña B, Herrera-González E, Villalobos-Viquez G, Vargas-Tenorio J. 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.* 2019;17(1). Disponible en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/35323/38859>
15. García-González AJ, Froment F. Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos.* 2018;33:1-7. Disponible en <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/50969/33682>
16. Bergland A, Thorsen K, Waaler-Loland N. The relationship between coping, self-esteem and health on outdoor walking ability among older adults in Norway. *Ageing & Society.* 2010;30(6):949-63.
17. Sánchez-Jiménez B, Sámano R, Chinchilla-Ochoa D, Rodríguez-Ventura AL. Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional. *Salud Pública Mex.* 2014;56(3):2356. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n3/v56n3a1.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 60.ª Asamblea Mundial de la Salud.* Ginebra: OMS, 2008-2017. Disponible en https://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf?ua=1
19. Santiago-Pérez MI, Hervada-Vidal X, Naveira-Barbeito G, Silva LC, Fariñas H, Vásquez E. El programa Epidat: usos y perspectivas. *Rev Panam Salud Pública.* 2010;27(1):802. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n1/80-82/>
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Guía para el cuidado de la salud hombre y mujer de 20 a 59 años.* México: IMSS; 2018. Disponible en http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/2018/guia-salud-hombre-2018.pdf
21. Jurado CD, Jurado CS. Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual.* 2015;5(1):1-6. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283046027004.pdf>
22. Góngora VC, Casullo MM. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica.* 2009;1(27):179-94. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645443010>
23. Polit FD, Hungler PB. *Investigación científica en ciencias de la Salud.* 6ta ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
24. Talavera JO, Rivas-Ruiz R. Pertinencia de la prueba estadística. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2011;49(4):4015. Disponible en http://revistamedica.imss.gob.mx/es/system/files/recurso_diverso/rm-recopcaic2.pdf
25. Secretaría de Salud. *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación.* México, DF: Secretaría de Salud, 2000.
26. Díaz-Martínez X, Garrido A, Martínez MA, Leiva AM, Álvarez C, Ramírez-Campillo R, et al. Factores asociados a inactividad física en Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Rev Med Chile.* 2017;145(10):1259-67. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n10/0034-9887-rmc-145-10-1259.pdf>
27. Rodríguez MD, El Hob MW, Solano-Mora LC. Comparación de los niveles de autoestima según el género y el nivel de actividad física en dos grupos de personas adultas. *MH Salud.* 2016;13(1):1-12. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237045946005>
28. Lazarevich I, Delgadillo-Gutiérrez, HJ, Mora-Carrasco F, Martínez-González, Á B. Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Altern Psicol.* 2013;17(29):44-57.
29. Seminario-Santur ME. *Nivel de autoestima en trabajadores del Centro de Salud AyabacaPiura 2018 [tesis de licenciatura].* Universidad Católica Los Ángeles Chimbo-te; 2018. Disponible en <http://repositorio.uladec.edu.pe/handle/123456789/2637>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Tirado-Reyes RJ, Retamoza PL, Uriarte-Ontiveros S. Sobrepeso, obesidad y autoestima en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2020;28(4):310-318