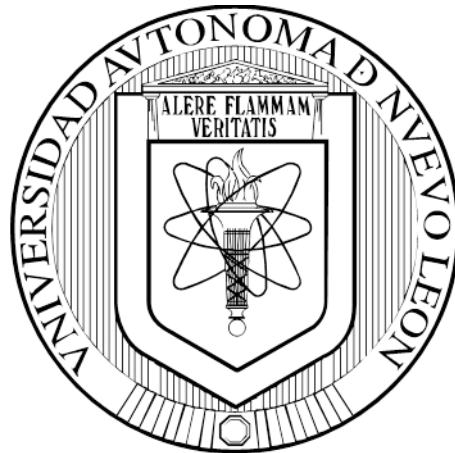


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



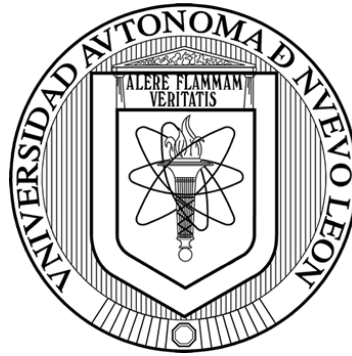
PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, IMAGEN CORPORAL Y
RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ADOLESCENTES
CON SOBREPESO U OBESIDAD

POR
LIC. ULISES LÓPEZ SÁNCHEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, IMAGEN CORPORAL
Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ADOLESCENTES
CON SOBREPESO U OBESIDAD

Por

LIC. ULISES LÓPEZ SÁNCHEZ

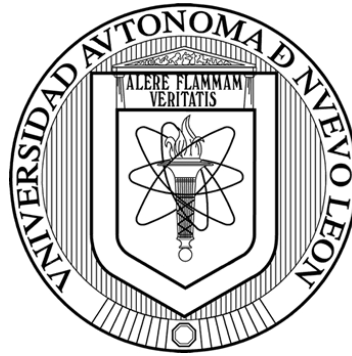
Director de Tesis

DR. MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, IMAGEN CORPORAL
Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ADOLESCENTES
CON SOBREPESO U OBESIDAD

Por

LIC. ULISES LÓPEZ SÁNCHEZ

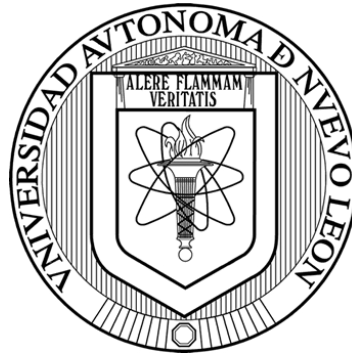
Co-Director de Tesis

DRA. VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, IMAGEN CORPORAL
Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ADOLESCENTES
CON SOBREPESO U OBESIDAD

Por

LIC. ULISES LÓPEZ SÁNCHEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, IMAGEN CORPORAL
Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ADOLESCENTES
CON SOBREPESO U OBESIDAD

Aprobación de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Director de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Presidente

Dra. Perla Lizeth Hernández Cortés
Secretario

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada para estudiar en el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por brindarme su apoyo y confianza durante la Maestría.

A la Maestra María Diana Ruvalcaba Rodríguez, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo en todo momento.

A mi Director de Tesis Dr. Milton Guevara Valtier, por haber sido parte importante durante mi formación, sobre todo por su tiempo, paciencia y valiosa enseñanza.

A la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal líder del Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y a la Enfermedad por su valioso tiempo, paciencia y experiencia compartida para este proyecto.

A la Dra. Perla Lizeth Hernández Cortés por su contribución y sugerencias importantes para el fortalecimiento del presente trabajo.

A todos los maestros del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que siempre me brindaron su apoyo, su conocimiento y sobre todo que siempre tuvieron una palabra de aliento para seguir adelante con mi formación.

A mis amigos, DCE. Geu Mendoza y MCE. Enrique de la Cruz, por formar parte de mi formación en la escuela de la vida, por compartir sus conocimientos y experiencias, ante todo por el apoyo incondicional.

A mis compañeros de Maestría que formaron parte de mi crecimiento personal y profesional, gracias por todo el apoyo incondicional.

Y a cada una de las personas que formaron parte de este proceso; Gracias.

Dedicatoria

Primeramente, a mi Dios por brindarme la oportunidad y fortaleza para llevar a cabo este proyecto de vida y profesional.

A mis padres, Hilaria y Margarito por su grandioso esfuerzo para mi formación personal y por el gran amor que me tienen, gracias por estar siempre, por confiar y apoyarme en todos mis proyectos profesionales y personales, los amo.

A mis hermanas Paty y Liz por apoyarme y estar siempre en los momentos más importantes de mi vida, las amo.

A mis abuelitos Alicia, Roberto, Rosario que siempre me han motivado para seguir adelante con mis estudios y por el apoyo incondicional. Especialmente para mi abuelito Tiburcio que desde el cielo muy seguramente me acompaña.

A todos mis tíos que me han brindado su apoyo incondicional, gracias por sus sabios consejos.

A mis amigos y compañeros por su apoyo incondicional durante el desarrollo de mis estudios de maestría. Especialmente para Eli Citalan y Jonathan Rosales quienes han formado parte de mi familia y por estar presentes siempre.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco referencial	5
Sobrepeso y obesidad	5
Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad	5
Capacidades cognitivas	7
Fuentes de estructura	7
Incorporación de los conceptos de la teoría de incertidumbre en el fenómeno del sobrepeso u obesidad, del adolescente.	9
Estudios relacionados	12
Percepción del riesgo cardiovascular	12
Imagen corporal	14
Respuesta a la incertidumbre	16
Definición de términos	18
Objetivos	19
Capítulo II	
Metodología	20
Diseño de estudio	20
Población, muestreo y muestra	20
Criterios de inclusión	21
Instrumentos	21
Procedimiento de recolección de datos	22
Consideraciones éticas	24
Plan de análisis estadístico	25

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	27
Estadística descriptiva	27
Características sociodemográficas y antropométricas	27
Consistencia interna de los instrumentos	28
Descripción de las variables de estudio	29
Estadística inferencial	31
Capítulo IV	
Discusión	33
Conclusiones	38
Sugerencias	39
Referencias	40
Apéndices	46
A. Hallazgos adicionales	47
B. Cédula de datos personales	49
C. Escala de percepción del riesgo a la enfermedad cardiovascular	50
D. Pictograma de Stunkard	52
E. Escala de respuesta a la incertidumbre	53
F. Infografía: semáforo de la alimentación para adolescentes	55
G. Procedimiento para la toma de peso y talla	56
H. Consentimiento informado (padre, madre o tutor)	57
I. Asentimiento informado	60

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas de la muestra	27
2. Características antropométricas de la muestra	28
3. Consistencia interna de los instrumentos	28
4. Imagen corporal percibida	29
5. Imagen corporal percibida por sexo	29
6. Medidas de tendencia central y prueba de normalidad de las variables PRC y RI	30
7. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables de estudio	32

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura teórica conceptual empírica, de acuerdo a la teoría de la incertidumbre de Merle H. Mishel.	12

RESUMEN

Lic. Ulises López Sánchez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2017

Título del estudio: PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, IMAGEN CORPORAL Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD

Número de páginas: 62

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la salud en: Riesgo de desarrollar estados crónicos y grupos vulnerables.

Propósito y Método del Estudio: El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre la percepción del riesgo cardiovascular, imagen corporal y respuesta a la incertidumbre en adolescentes con sobrepeso u obesidad. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional con una muestra de 241 la cual se calculó considerando una tasa de no respuesta del 10%, un nivel de confianza del .05, una potencia del 90% y un tamaño de efecto del 0.22. El muestreo fue de tipo aleatorio simple. Para fines de este estudio se utilizaron la escala de percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular de Ammouri y Neuberger (2008), el pictograma de Stunkard y Album (1981) y la escala de respuesta a la incertidumbre de Greco y Roger, (2001).

Contribución y Conclusiones: Se encontró correlación positiva ($r_s = .215, p = .001$) entre la imagen corporal y la percepción del riesgo cardiovascular, lo que indica que, a mayor puntaje en la imagen corporal percibida, mayor es la percepción del riesgo cardiovascular. Así mismo la respuesta a la incertidumbre se correlacionó positivamente con el riesgo desconocido ($r_s = .166, p = .010$), y negativamente con la subescala riesgo ($r_s = -.184, p = .004$), lo que indica que a mayor percepción del riesgo desconocido mayor es la respuesta a la incertidumbre y que a menor percepción del riesgo mayor es la respuesta a la incertidumbre. En conclusión, se encontró correlación positiva y significativa únicamente entre la percepción del riesgo cardiovascular y la imagen corporal, mientras que la respuesta a la incertidumbre no denotó esta relación. Además, se encontró que la respuesta a la incertidumbre se correlacionó con dos subdimensiones de la escala de percepción del riesgo cardiovascular. Estos resultados permitieron conocer el comportamiento de variables estudiadas en el fenómeno del sobrepeso u obesidad de los adolescentes, contribuyendo al cuerpo de conocimientos para el desarrollo de futuras investigaciones.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La obesidad es una enfermedad sistémica y multicausal que afecta a todos los grupos de edad de distintas etnias y de todas las clases sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Además, es considerada en conjunto con el sobrepeso como el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares que afectan cada vez con mayor frecuencia a la población joven, siendo la principal causa de morbimortalidad a nivel nacional e internacional en adultos y adultos jóvenes (OMS, 2016).

En México, el panorama epidemiológico con respecto al Sobrepeso u Obesidad (SP/OB) en los adolescentes de 12 a 19 años de edad indica una situación alarmante. El 35% de este grupo poblacional presenta SP/OB; esto se ve reflejado en que uno de cada cinco adolescentes padece SP y uno de cada diez OB. En este contexto, el estado de Nuevo León se ha colocado en el primer lugar de adolescentes con OB, dado que supera la media nacional en un 2.1% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

La obesidad se debe al aumento excesivo de peso corporal, su proceso suele iniciar en la infancia o en la adolescencia a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético; en su origen se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad (Dávila, González, & Barrera, 2015). Estos factores han sido estudiados tradicionalmente para estimar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias, siendo precursoras de estas el SP/OB (Neylon et al., 2013).

Además de lo anterior los factores psicológicos también explican una carga importante del desarrollo de la enfermedad crónica y las evidencias no han sido

concluyentes, un factor de este tipo podría ser la Percepción del Riesgo Cardiovascular (PRC), esta ejerce un efecto directo sobre la intención de llevar a cabo conductas preventivas, diversos estudios indican que más del 50% de jóvenes con presencia de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares poseen una inadecuada PRC, lo que expone aún más a este grupo poblacional al desarrollo de dichas enfermedades (Ammouri, Neuberger, Mrayyan, & Hamaideh, 2011; Coca, Gómez, Llisterri, & Camafort, 2012; Chan, 2014; Darlow, Goodman, Stafford, Lachance, & Kaphingst, 2012; Kling et al., 2013; Pérez, Álvarez, & González, 2015).

Otro factor es la percepción de la Imagen Corporal (IC) puesto que, de acuerdo a estudios recientes, en México el 44.1% de una muestra de adolescentes no percibe adecuadamente la imagen corporal en relación al IMC (Oliva et al., 2016). Los adolescentes pueden observar evaluaciones erróneas de su propia IC que de alguna manera pueden repercutir en la toma de decisiones erróneas e incrementar el riesgo asociado a las comorbilidades asociadas al SP/OB. En contraparte, percepciones adecuadas de la IC podrían ser de ayuda para iniciar un proceso de cambio destinado a la adopción de las estrategias que se precisan para la reducción de peso y para la prevención de sus complicaciones de tipo cardiovascular (Abad et al., 2012).

Así mismo otro factor psicológico es la Respuesta a la Incertidumbre (RI) de la cual hasta el momento no se han identificado estudios que analicen esta variable en los adolescentes con SP/OB. Sin embargo, se sabe que la RI incluye sub-dimensiones como el deseo de cambio, la incertidumbre emocional y la incertidumbre cognitiva, las cuales en este grupo poblacional pueden verse afectadas por la PRC e IC.

Mayores niveles de RI funcionan como factor protector para la antelación de problemas relacionados a la salud, en su defecto bajos niveles de RI se asocian a estrategias inadecuadas de afrontamiento, a la búsqueda de información y planeación ante las experiencias inciertas o a algún evento potencialmente dañino para la salud (Lousinha & Guarino, 2010). En este sentido Mishel (1990) refiere que las personas con

condiciones crónicas interpretan la incertidumbre como una perspectiva normal de la vida, esta puede convertirse en una fuente positiva con múltiples oportunidades que provoquen estados de ánimo buenos y conductas promotoras de salud.

Como se mencionó anteriormente, el SP/OB afecta a la dimensión biológica asociada al incremento de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la dimensión psicológica se asocia a problemas en la percepción de la IC y a la RI, así mismo la dimensión social afecta la calidad de vida y la capacidad física, el estado emocional y las relaciones interpersonales (Angulo et al., 2016). De aquí la importancia de conocer los procesos que vive este grupo poblacional con el fin de identificar soluciones al problema del SP/OB y generar propuestas basadas en Teoría de Enfermería que impacten en la toma de decisiones para la adopción de un estilo de vida saludable y prevenir o controlar el SP/OB y sus comorbilidades.

En la actualidad existen algunas perspectivas teóricas para el abordaje de las situaciones de enfermedad crónica que se enfocan en los procesos de respuesta de las personas y su integración, el ajuste, adaptación y la anticipación a las demandas relacionadas con la enfermedad (Forouzanfar et al., 2015). En este sentido la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel (1990) presupone que las personas pueden experimentar respuestas a la incertidumbre cuando se tiene una condición crónica como la OB.

Esta teoría ayudó a explicar cómo los adolescentes experimentan el proceso de incertidumbre ante la presencia de SP/OB, mediatizada por las capacidades cognitivas que tienen que ver con el conocimiento sobre la OB y su percepción de la IC, es decir a la sub o sobrestimación del peso corporal (Oliva et al., 2016), así mismo la percepción del riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (Barbosa & Perdomo, 2015). Ambas capacidades cognitivas (IC y RI) van a influenciar de manera directa al marco de estímulos en este caso al SP/OB que se caracteriza por la coherencia con los hechos,

familiaridad con los hechos y tipología de los síntomas, se presupone que lo anterior desencadena incertidumbre y a su vez una respuesta ante esta (Mishel, 1990).

En México no se han encontrado estudios que analicen la incertidumbre de los adolescentes con SP/OB. Sin embargo, cabe mencionar que si se han realizado estudios sobre la percepción del riesgo a la enfermedad cardiovascular (Barbosa & Perdomo, 2015; Chan, 2014;) y la imagen corporal en adolescentes (Cortes, Vallejo, Pérez, & Ortiz, 2009; Durán et al., 2013). Por lo tanto, no se han encontrado los antecedentes donde se valoren, relacionen y se expliquen estas tres variables en conjunto mediante el marco de referencia de la teoría de incertidumbre de Mishel.

Por lo anterior se puede enfatizar la necesidad de realizar estudios en adolescentes con SP/OB pues es un grupo poblacional vulnerable y forma parte de una de las etapas de la vida donde el individuo le es más fácil adaptarse, corregir hábitos pocos saludables y llevar a cabo actividades o estilos de vida adecuados encaminados a la prevención de complicaciones de tipo cardiovascular, dichas complicaciones resultan ser un problema de salud pública en edades productivas.

De aquí la importancia de esta propuesta de trabajo, por una parte, determinar la respuesta a la incertidumbre en los adolescentes con algún grado de SP/OB, y por la otra, conocer la relación de la misma con las variables de imagen corporal y la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular. Esto permitirá conocer el fenómeno de la incertidumbre en el fenómeno del SP/OB de los adolescentes, así como para fortalecer el cuerpo de conocimiento de enfermería como profesión.

De acuerdo a lo anterior se presenta el siguiente propósito de estudio.

Determinar la respuesta a la incertidumbre en adolescentes con SP/OB y su relación con la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular e imagen corporal.

Marco referencial

El sustento del presente estudio lo constituyen los conceptos de sobrepeso, obesidad, la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle H. Mishel (1990) y la incorporación de esta teoría al SP/OB de los adolescentes.

Sobrepeso y obesidad.

El SP/OB son el resultado del desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético del metabolismo. Este aporte calórico en los adolescentes está constituido comúnmente por alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal lo cual genera una condición que implica exceso de grasa o tejido adiposo en el cuerpo, que finalmente puede ocasionar serios problemas de salud a corto, mediano o largo plazo. Además, el SP/OB están asociados con la morbilidad y a un mayor riesgo de mortalidad en el mundo. En este sentido, las consecuencias de la obesidad en los adolescentes pueden ser físicas y psicológicas (Forouzanfar et al., 2015).

En cuanto a afectaciones biológicas de la OB se encuentra principalmente un aumento de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares). Dentro de las consecuencias psicológicas, se encuentran importantes alteraciones relacionadas a las diversas percepciones que adolescente experimenta en esta etapa de vida como lo es la distorsión de la imagen corporal y la incertidumbre (Ardila, 2014; Barbosa & Perdomo, 2015).

El SP/OB en adolescentes de 15 a 19 años de edad puede ser evaluado mediante la tabla del Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad y sexo de la OMS (2007).

Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad fue creada por Merle H. Mishel en el año de 1988, misma que fue re conceptualizada por ella en 1990, con el propósito de incorporar la idea de que las enfermedades crónicas implican una larga

duración, por lo que los pacientes deberían pensar en una orientación del mundo complejo y dar un significado a sus vidas.

La incertidumbre es definida como una duda o perplejidad sobre un asunto que se tiene, en este sentido, la incertidumbre podría igualarse a un estado de duda en el que predomina el límite de la confianza o la creencia en la verdad de un determinado conocimiento (Angulo et al., 2016). Mishel (1990) la define como la incapacidad de determinar el significado de los hechos en relación con la enfermedad que aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con exactitud los resultados que se obtendrán.

Desde el punto de vista de la psicología, la incertidumbre se entiende como un estado cognitivo resultante de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de un hecho (Mishel, 1990).

De acuerdo a Sánchez et al. (2012) la incertidumbre es un componente inherente a todas las experiencias de enfermedad, independientemente del género, que influye en hombres y mujeres quienes perciben los procesos de tratamiento y adaptación. La teoría de la incertidumbre explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen un significado de estos eventos, los cuales serán determinantes para la toma de decisiones en el tratamiento de la enfermedad.

El marco de la teoría de Mishel (1990) está compuesto por tres elementos. Primero por los antecedentes, segundo el proceso de valoración y tercero el enfrentamiento de la enfermedad. En este estudio solo se tomó el primero.

Antecedentes de incertidumbre. Estos se refieren al marco de estímulos, a la forma, composición y estructura de los estímulos personales. Estos a su vez contienen tres elementos. El patrón de síntomas, la familiaridad con los hechos y la coherencia con los hechos, estos tres elementos proveen los estímulos que son estructurados por la persona en un esquema que crea menos incertidumbre.

En cuanto al patrón de síntomas, se refiere al grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración. Basados en este patrón, el significado de los síntomas puede ser determinado. La familiaridad con el evento es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves reconocidas. Y la congruencia con el evento, que se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión. A su vez, estos elementos del marco de estímulos están influenciados por la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura para generar estrategias de adaptación.

Si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad para adaptarse dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para poder manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla (si se valora como oportunidad) o para reducirla (si se valora como un peligro) (Torres, 2013).

Capacidades cognitivas.

La cognición es la facultad, consciente o inconsciente, de tomar la información que se recibe o percibe y procesarla en base a conocimientos previamente adquiridos y las características propias para valorarla. En el proceso de la cognición intervienen a su vez varios factores y muchísimos conceptos como los de la mente, percepción, razonamiento, inteligencia, aprendizaje y que en conjunto son llamados capacidades cognitivas. Por tanto, no hay una capacidad cognitiva única sino más bien muchas capacidades cognitivas que intervienen en el proceso de la cognición (Trejo, 2012).

Fuentes de estructura.

Las fuentes de estructura son definidas como los recursos existentes para facilitar al paciente la interpretación de la información obtenida del marco de estímulos. Dentro de esta categoría se incluye la autoridad con credibilidad, apoyo social y la educación. La autoridad con credibilidad representa el grado de confianza que la persona tiene hacia los encargados de su atención, la autoridad con credibilidad influye indirectamente en la

incertidumbre puesto que puede actuar de manera positiva o negativa en el marco de estímulos. La credibilidad en la autoridad en una enfermera o un médico fortalece el marco de estímulos al proveer información sobre las causas y consecuencias de los síntomas. Los pacientes a menudo dudan de su valoración de los síntomas y buscan confirmación por parte de los médicos y las enfermeras (Trejo, 2012).

Por el contrario, si no cuentan con una autoridad que contribuya a la resolución de las dudas la persona no podrá ser capaz de reconocer cuales hechos son los más importantes, acumulara información llevándola así a la incertidumbre (Sánchez, 2012).

En cuanto al nivel de educación, es el tercer factor incluido en el antecedente de las fuentes de la estructura, medido en años que asistieron a la escuela. Se ha propuesto que la educación tiene una relación tanto directa como indirecta con la incertidumbre. En la relación indirecta, la educación puede ayudar a suplir la estructura de los eventos el marco de estímulos, incrementando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándole así significado y contexto. Es evidente el apoyo del impacto directo de la educación en la incertidumbre con aquellos que tienen un menor nivel educativo, demostrando niveles elevados de ésta porque perciben mayor complejidad relacionada con el tratamiento y mayor dificultad para comprender el sistema de cuidado (Trejo, 2012).

Aquellos con un nivel de educación mayor son capaces de modificar la incertidumbre más rápidamente que los anteriores. Por lo tanto, los individuos con menor educación parecen requerir más tiempo para construir un significado para los eventos y ellos experimentan incertidumbre por períodos. Para fines de este estudio, las fuentes de estructura no serán tomadas en cuenta (Sánchez, 2012).

Incorporación de los conceptos de la teoría de incertidumbre en el fenómeno del sobrepeso u obesidad, del adolescente

La teoría de la incertidumbre ayudó a explicar cómo los adolescentes procesan cognitivamente los estímulos relacionados con el SP/OB y el significado que estos le dan para la toma de decisiones.

La incertidumbre será definida como lo señala Mishel (1990), como la incapacidad del adolescente de predecir con exactitud los resultados respecto a su problema de salud en este caso el SP/OB.

En este sentido la incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen y se enfrentan a la estabilidad del sistema adaptativo. Esto como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir. Lo ideal sería que en condiciones de incertidumbre crónica, la persona se pasa gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte esta como parte de la realidad (Mishel, 1990). Para fines de este estudio se tomaron únicamente los siguientes conceptos.

Antecedentes de Incertidumbre como los factores externos que identifica la persona del ambiente, los cuales contribuyen a la creación de un esquema cognitivo sobre el SP/OB. Se tomó la percepción que tiene el adolescente sobre su imagen corporal. La Imagen corporal se refiere a la forma en cómo los individuos perciben, imaginan, sienten y actúan respecto a su propio cuerpo. Dentro de las sociedades la imagen corporal es un asunto netamente social el cual genera preocupación o duda (Meza & Pompa, 2013). Así mismo, la imagen corporal es una construcción multidimensional, que es central para el bienestar emocional; en ésta, el componente actitudinal hace referencia a la satisfacción con el tamaño y la forma del cuerpo, lo que afecta en la autoestima. Durante la adolescencia, la autopercepción de la imagen corporal es factor que tiene una fuerte influencia en los estilos de vida poco o altamente

saludables dependiendo el grado de distorsión sobre la imagen corporal, esto a su vez pudiera estar relacionado con otras percepciones como la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular (Ardila, 2014).

La falta de coherencia entre lo real y lo percibido respecto a la imagen corporal origina en los adolescentes preguntas sobre lo predecible y estable que es el evento (Meza & Pompa, 2013). Teóricamente la generación de incertidumbre puede ser por la falta de coherencia del adolescente al sobreestimar o subestimar su peso corporal, cualquiera que sea el grado de distorsión de la imagen corporal puede condicionar a niveles bajos de incertidumbre, por el contrario, el nivel de incertidumbre puede aumentar con la existencia de la concordancia entre lo real y percibido con base al SP/OB (Greco & Roger, 2001; Mishel, 1990).

Otro factor que antecede a la incertidumbre son las *Capacidades cognitivas* que se describen como las habilidades e información que pueden ser procesadas en un determinado momento; la sobrecarga de información ocurre cuando esta capacidad es excedida y la limitación de la capacidad cognitiva reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, lo cual favorece la aparición de la incertidumbre. Para este estudio se tomará la percepción del riesgo cardiovascular que posee el adolescente como parte de las capacidades cognitivas del adolescente pues el nivel de incertidumbre teóricamente debería ser influenciado por dicha percepción lo que tendrá como resultado la respuesta a la incertidumbre adecuada o no, dependiendo la percepción de su propia imagen corporal y al riesgo cardiovascular (Larimer, Durmus, & Florez, 2015).

La percepción del riesgo cardiovascular se define como la apreciación que tienen los adolescentes de que algún factor externo o interno pueda afectarles de manera directa y personal para desarrollar enfermedades cardiovasculares (Cainzos & Blaha, 2015). Esta percepción depende de la capacidad del individuo para procesar la información

adquirida a través del tiempo, dicha percepción lleva al ser humano a actuar de acuerdo a su experiencia y a la incertidumbre (Figueroa, 2013).

La obtención de demasiada información altera el procesamiento del marco de estímulos, lo cual incrementa la incertidumbre. Es decir que a menor percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular en los adolescentes existe una menor incertidumbre, por el contrario, a mayor percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular hay un incremento en la incertidumbre del adolescente con SP/OB (Cainzos & Blaha, 2015).

Teóricamente los adolescentes con SP/OB experimentan algún grado de incertidumbre, a su vez el marco de estímulos y las capacidades cognitivas interactúan entre sí para tener influencia directa e indirecta sobre dicha incertidumbre, que finalmente esta dependerá en la generación de respuestas a la incertidumbre encaminadas a la adaptación y por ende para la prevención, control y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el SB/OB.

A continuación, se presenta la relación de conceptos previamente explicados mediante la figura 1.

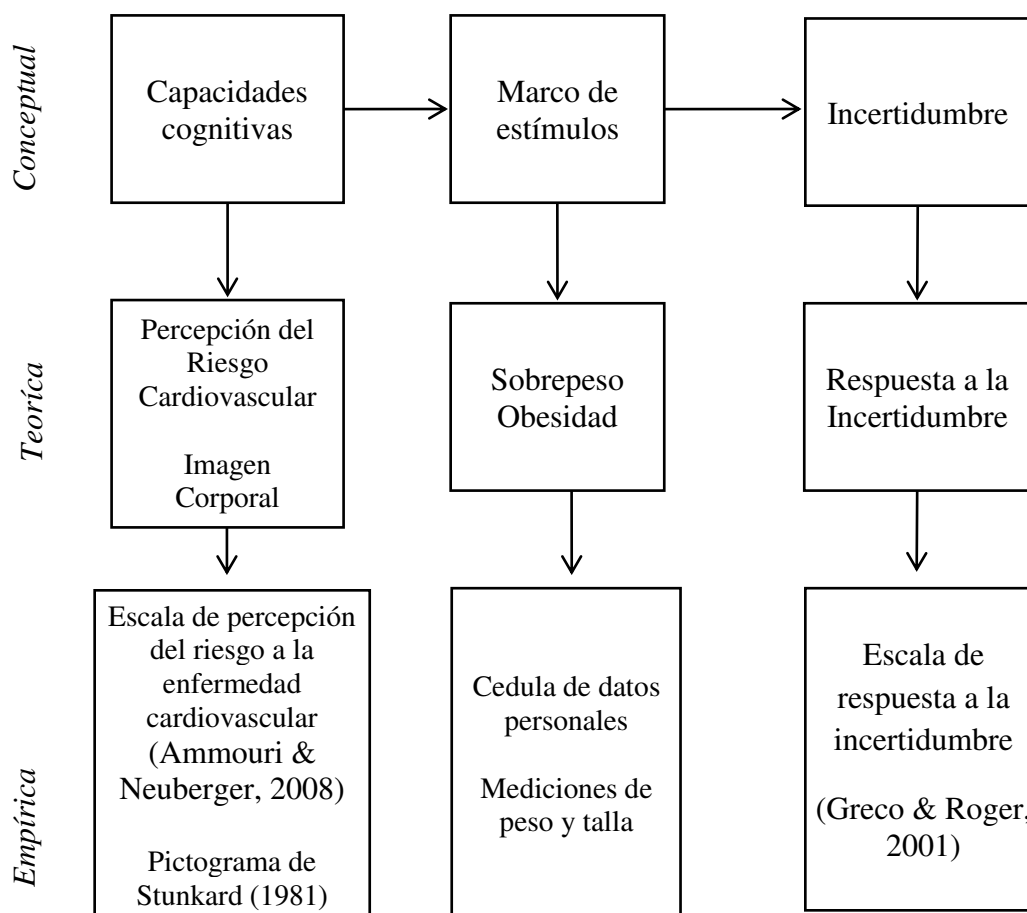


Figura 1. Estructura conceptual teórica empírica, de acuerdo a la teoría de la incertidumbre de Merle H. Mishel.

Estudios relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados que valoran las variables de estudio. De forma general, ningún estudio abordó en conjunto las variables de PRC, Imagen corporal e Incertidumbre en adolescentes con SP/OB, de esta última variable se identificaron estudios en poblaciones distintas a las que se pretende realizar el presente estudio.

Percepción del riesgo cardiovascular

Acosta, Velázquez, de la Caridad, Rodríguez y Collazo (2010), analizaron una muestra de 239 adolescentes cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de hipertensión arterial en un grupo de estudiantes de la enseñanza media, el conocimiento

del problema y la percepción que tienen del riesgo de enfermar por dicha causa.

Reportaron que el 63.18% de los adolescentes no perciben el riesgo de la enfermedad ($\chi^2 = 3.96$; $p < .05$). Esta falta de percepción es más marcada en los adolescentes que sí tenían factores de riesgo de hipertensión arterial sistémica (68.31%).

Barbosa y Perdomo (2015), realizaron un estudio mixto de tipo explicativo con el objetivo de explorar el comportamiento de algunas condiciones bio-psico-sociales en la que incluyeron las percepciones específicamente del riesgo de enfermedad cardiovascular en jóvenes universitarios de Ibagué. La muestra estuvo conformada por 218 estudiantes de entre 18 y 25 años de edad. Respecto a la PRC encontraron que el 74% de los jóvenes tiene una baja percepción del riesgo a desarrollar una enfermedad cardiovascular, en contraste con el 25.8% cuya PRC es media-alta.

Pérez, Álvarez y González (2015), analizaron una muestra de 369 personas con un rango de edad de 18 a 69 años cuyo objetivo fue estimar la prevalencia y el grado de conocimiento de la población de sus factores de riesgo y conocer la concordancia entre el riesgo de enfermedad cardiovascular percibido y real. El valor de Kappa fue de .036 con una $p = .763$ lo que significó que la concordancia entre riesgo cardiovascular percibido y real fue muy débil y no significativa. En cuanto a la percepción del riesgo y conocimiento el 34.1% de la población consideraba que no tenía riesgo cardiovascular.

Rodríguez, Ríos, Lozano y Álvarez (2009), analizaron una muestra de 636 alumnos (163 varones y 473 mujeres) ($\bar{X} = 19$ $DE = 2.9$ años) con el objetivo de identificar la percepción del estado de salud, las conductas de riesgo, en alumnos de nuevo ingreso que manifestaron sufrir enfermedades crónicas. Respecto a la percepción del estado de salud encontraron que de los estudiantes que refirieron tener enfermedades cardiovasculares solo el 25.8% percibe que tiene un mal estado de salud, lo que significa que el 74.2% no alcanza a percibir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Petr et al. (2014) evaluaron la PRC y la compararon con los factores de riesgo cardiovasculares. La muestra estuvo conformada por 2 998 personas de entre 18 y 65

años de edad ($\bar{X} = 42$, $DE = 18$), de ambos sexos. EL 64.8% de los participantes con factores de riesgo cardiovascular presentaron una alta PRC, los determinantes de esto incluyeron mayor edad ($OR = 1.23$, $IC\ 95\% 1.03 - 1.47$), el nivel de educación superior ($OR = 1.56$; $IC\ 95\% 1.09 - 2.23$), índice elevado de masa corporal ($OR = 1.10$; $IC\ 95\% 1.02 a 1.18$).

Flores et al. (2015) analizaron una muestra de 164 adolescentes entre 11 a 18 años de edad con peso normal, sobrepeso y obesidad, con el objetivo de examinar las diferencias de la percepción subjetiva del estado de salud relacionado a las enfermedades cardiovasculares. Como resultados obtuvieron que el casi el 50% de los participantes eran mujeres, el 21% tenían un IMC saludable, el 39% tenían sobrepeso y el 40% eran jóvenes con obesidad, los cuales presentaron una baja percepción del estado de salud. Una proporción significativamente mayor de los participantes con obesidad reportaron tener salud regular o mala en comparación con los participantes de peso normal, y la media general de la puntuación del estado de salud percibido fue significativamente menor para los jóvenes con obesidad que jóvenes con peso normal (2.3 frente a 3.0, respectivamente, $p = .001$).

Imagen corporal

Oliva et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la concordancia entre el índice de masa corporal y la percepción de la imagen corporal en una muestra de 84 adolescentes. Encontraron como resultado que de acuerdo a la percepción de la imagen corporal, existió una concordancia insignificante ($k = 0.067$, $p < 0.5$); en mujeres es baja, con un valor de $k = .223$; se perciben normales aún cuando presentan bajo peso, mientras que las que presentan obesidad subestiman su estado. El 29.2% de las mujeres sobrestimó el peso corporal y existió una subestimación del 18.4%; en los hombres la sobreestimación fue de 17.7% y subestimación del 17.5%.

Ortega, Zurita, Cepero, Torres y Becerra (2013) por otra parte, en su estudio donde analizaron una muestra de 296 adolescentes, con el objetivo de evaluar la relación

entre la percepción e insatisfacción corporal, el índice de masa corporal y la correlación de este índice con la imagen corporal percibida, deseada y real en función del género y edad en la población de 12 a 15 años de edad. Obtuvieron como resultado que un 22.3% ($n = 66$) presentaban una percepción corporal correcta de su silueta, mientras que los restantes 230 participantes tenían una incorrecta percepción; en cuanto a la silueta deseada, el 34.5% ($n = 102$) tenían satisfacción con su imagen frente al 65.5% ($n = 194$) que no la tenían, lo cual concluyeron que existe un grado importante de insatisfacción corporal y que en el sexo masculino se es más preciso en la percepción de la imagen corporal

Sámano et al. (2014) analizaron una muestra de 330 adolescentes y adultos mexicanos con el objetivo de correlacionar el índice de masa corporal auto percibido con el real y su relación con la satisfacción de la imagen corporal. Encontraron que más del 80% de los adolescentes estuvieron satisfechos con su imagen corporal y que las variables predictoras de insatisfacción de la imagen corporal son ser mujer y tener SP/OB ($p = 0.013$). Los que refirieron que su figura corporal les inspiraba un juicio positivo reportaron estar satisfechos con su imagen corporal y la mayoría presentaron un IMC real de normal o sobrepeso. La mayoría de las adolescentes se percibieron con sobrepeso; el 43% de la población adolescente tuvo sobrepeso u obesidad. Cabe mencionar que hubo una tendencia a no identificar correctamente el IMC, esto relacionado con el sexo y edad; donde cerca de la mitad de la muestra tuvo concordancia entre el IMC real con el percibido.

Fernández, González, Contreras y Cuevas (2014) analizaron una muestra de 447 adolescentes mujeres con la finalidad de examinar las diferencias existentes entre los distintos subdominios del auto concepto físico, en función de la insatisfacción corporal y el índice de masa corporal (IMC). Encontraron como resultado que una mayor insatisfacción corporal y un IMC más alto se relacionan con peores percepciones físicas, especialmente en relación con el atractivo, y con un auto concepto más devaluado y que

existe una destacada importancia de una imagen corporal saludable en la configuración del auto concepto físico y general de la mujer adolescente.

Respuesta a la incertidumbre

No se encontraron estudios donde describan la incertidumbre en adolescentes con SP/OB, sin embargo, se reportan estudios donde describen la incertidumbre en estados crónicos como diabetes y ciertos tipos de cáncer.

Gómez, Castillo y Alvis (2015) analizaron una muestra de 163 personas con el objetivo de describir el nivel de incertidumbre de adultos con diabetes mellitus tipo 2. Obtuvieron como resultado que, del total de participantes, el 76.1% mostraron un nivel de incertidumbre regular y que el fenómeno de la incertidumbre está más relacionado con la incapacidad para identificar si ha mejorado o no, con un 86.5%, de explicar la causa de un malestar físico con el 76.7% y de explicar el cambio de los síntomas representado con el 60.1%.

De acuerdo con los síntomas que presentaron, el 86.5% de los pacientes encuestados no sabe si ha mejorado o empeorado y el 63.2% de los pacientes no tiene certeza de lo que significa tener dolor. En cuanto a la familiaridad de los hechos, el 85.9% no conoce su enfermedad, mientras que el 81.6% no tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad. En relación con la coherencia de los hechos, el 82% de los pacientes afirmó que puede decir cuánto demorará su enfermedad, el 72% no visualiza un futuro debido a lo impredecible de esta y el 79% considera que es difícil determinar cuánto tiempo pasará para poder cuidarse solo.

En lo relacionado con las fuentes de estructura el 91.4% de los pacientes consideran que las cosas que dicen los profesionales de la salud no tienen mucho significado, mientras que el 84.1% le han entregado diferentes opiniones sobre la enfermedad y el 92.1% manifestó que no le han dicho cómo tratar su enfermedad.

Sánchez et al. (2012), analizaron una muestra de 100 personas con el objetivo de conocer la relación entre la incertidumbre en la calidad de vida en hombres y mujeres de

cáncer de mama y próstata en la ciudad de Puebla, México. Obtuvieron como resultado que la incertidumbre se correlacionó positivamente con la calidad de vida ($r = .248, p = .013$), lo cual presentó un tamaño de efecto pequeño de acuerdo con la escala de Cohen (1988); los datos revelaron niveles de incertidumbre en una media de 48.59 ($DE = 15.7$, rango = 16 a 87); para los dominios de la ambigüedad tuvo una media de 43.58 ($DE = 18.6$); el nivel de complejidad obtuvo una media de 59.6 ($DE = 20.4$); la falta de información alcanzó una media de 45.0 ($DE = 18.4$) y para la falta de predicción una media de 61.5 ($DE = 23.4$). Se concluye que las mujeres de la muestra informaron tener mayor incertidumbre y mejor calidad de vida que los hombres, asimismo, percibieron mayor incertidumbre por el pronóstico de la enfermedad.

Decker, Haase y Bell (2007), realizaron un estudio con el objetivo de describir la incertidumbre en tres grupos de adolescentes y adultos jóvenes con cáncer en momentos específicos en su experiencia con el padecimiento: recién diagnosticado, diagnóstico de uno a cuatro años y diagnóstico de cinco o más años. La muestra estuvo conformada por 193 adolescentes y adultos jóvenes sobrevivientes de cáncer, con un rango de edad de 11 a 22 años. No se encontraron diferencias significativas en el nivel general de incertidumbre entre los tres grupos de tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($\bar{X} = 2.32, DE = 0.56$; $\bar{X} = 2.13, DE = 0.53$; $\bar{X} = 2.26, DE = 0.70$; $F = 1.5$) sin embargo, el análisis de la varianza en los ítems individuales detectó diferencias significativas entre los grupos para 8 de los 33 ítems de la Escala de Incertidumbre frente a la Enfermedad de Mishel (MUIS).

Larimer, Durmus y Florez (2015), realizaron un estudio con un diseño cualitativo de un muestreo intencional para identificar adultos jóvenes entre 18 y 29 años, con el objetivo de explorar las experiencias de vida donde incluyeron la incertidumbre, conductas de afrontamiento y los retos de los adultos jóvenes que tenían los dispositivos cardíacos implantados durante la infancia. La muestra estuvo conformada por seis participantes. Como resultado observaron que la incertidumbre hacia el futuro estaba

presente en los participantes al referir que sentían preocupación por los sucesos que en el futuro pueden llegar a presentar a causa de su enfermedad siendo más resaltada la preocupación por el tiempo que durará el marcapasos antes de conseguir uno de nuevo.

Definición de términos

Percepción del riesgo de cardiovascular: Apreciación subjetiva que el adolescente con SP/OB tiene sobre la posibilidad de adquirir enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, trombosis, embolias pulmonares y eventos cerebrovasculares. Se midió con la escala de la percepción de la enfermedad cardiovascular de Ammouri y Neuberger (2008).

Imagen corporal: Percepción que el adolescente con SB/OB tiene sobre el tamaño de la figura de su cuerpo y esta puede ser: bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. Se evaluó con el pictograma Stunkard (Stunkard & Album, 1981).

Respuesta a la incertidumbre: Es la respuesta a las situaciones poco claras o de duda que el adolescente con SP/OB tiene sobre los sucesos a futuro relacionados a su estado de salud. Se evaluó con la escala de respuesta a la incertidumbre (Greco & Roger, 2001).

Índice de Masa Corporal (IMC): Es el resultado de dividir el peso en kilogramos entre la talla elevada al cuadrado en metros. Se evaluó a través de las mediciones de peso y talla en los adolescentes.

Sobrepeso: Estado nutricional de los adolescentes de 15 a 19 años de edad, tomando en cuenta un IMC que va desde 22.8 hasta 29.5 dependiendo la edad y sexo. Se evaluó tomando en cuenta el IMC para la edad y sexo de la clasificación de la OMS (2007).

Obesidad: Estado nutricional de los adolescentes de 15 a 19 años de edad, tomando en cuenta un IMC que va desde 27.1 o más dependiendo la edad y sexo. Se evaluó tomando en cuenta el IMC para la edad y sexo de la clasificación de la OMS (2007).

Edad: Años cumplidos de los adolescentes. Se reportó en la cédula de datos.

Sexo: femenino o masculino. Se reportó en la cédula de datos.

Estado civil: Condición civil en términos de soltero, unión libre y casado, en la que se encuentran los adolescentes. Se reportó en la cédula de datos.

Objetivo general

Determinar la relación entre la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular, imagen corporal y la respuesta a la incertidumbre en adolescentes con SP/OB.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio.
2. Describir la imagen corporal de los adolescentes con SP/OB.
3. Describir la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular de adolescentes con SP/OB.
4. Describir la respuesta a la incertidumbre de los adolescentes con SP/OB.
5. Determinar la relación entre las variables de estudio de acuerdo a las dimensiones de los instrumentos.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo, se describe el diseño de estudio, población, muestreo, muestra, criterios de selección, instrumentos, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis estadístico.

Diseño de estudio

Descriptivo, correlacional y transversal (Burns & Grove, 2012). Se consideró apropiado un diseño descriptivo debido a que se pretende describir la Percepción del Riesgo Cardiovascular (PRC), Imagen Corporal y la Respuesta a la Incertidumbre en adolescentes con SP/OB. Correlacional porque se determinó la asociación entre las variables PRC, Imagen Corporal y la Respuesta a la Incertidumbre y transversal ya que solo se midieron las variables en un solo momento.

Población, muestreo y muestra

La población de interés estuvo conformada por 1250 adolescentes de entre 14 y 19 años de edad con SP/OB inscritos en una preparatoria pública del estado de Nuevo León.

Se llevó a cabo un muestreo de tipo aleatorio simple, el cual se realizó mediante la obtención del listado de los adolescentes con las características de interés constituido a partir de la evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) del total de la población estudiantil inscritos en la preparatoria, dicha evaluación es realizada anualmente por la institución educativa. Se señalaron en las listas los resultados que indicaron SP/OB para contactar a los participantes potenciales del estudio.

El tamaño de la muestra se conformó por 241 adolescentes considerando una tasa de no respuesta del 10%, un nivel de confianza del .05, una potencia del 90% y un tamaño de efecto del 0.22. Se calculó utilizando el programa estadístico n'Query Advisor ® versión 4.0.

Criterios de inclusión

Aquellos que reportaron no tener antecedentes de enfermedad cardiovascular o diabetes.

Adolescentes que demostraron capacidad para mantenerse de pie al menos cinco minutos para la toma de peso y talla.

Instrumentos

Para fines de esta investigación se aplicó una cédula de datos sociodemográficos (Apéndice B) y tres instrumentos: la escala de Percepción del Riesgo a la Enfermedad Cardiovascular (Apéndice C), el Pictograma Stunkard (Apéndice D) y la escala de Respuesta a la Incertidumbre (Apéndice E).

La cédula de datos, integrada por dos secciones: la sección uno que corresponde a datos personales como la edad, sexo, estado civil, ocupación, antecedentes heredofamiliares y la sección dos que contiene los datos antropométricos, donde se incluye el peso, talla e IMC.

La percepción del riesgo cardiovascular se midió a través de la *escala de percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular* (Ammouri & Neuberger, 2008) (apéndice C), traducida al español por Ramírez y Guevara (2016) la cual consta de 20 reactivos con tres sub-escalas: la primera, el temor al riesgo (ítems 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9) la segunda, el riesgo (ítems 3, 11, 12, 14, 15, 16) y tercera, el riesgo desconocido (ítems 6, 10, 17, 18, 19, 20). El patrón de respuesta es una escala de tipo likert de cuatro puntos (1) muy en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) muy de acuerdo; el valor crudo de la sumatoria se encuentra en un rango de 20 a 80 puntos, estos puntajes se transformarán a índices de cero a 100 para facilitar el análisis estadístico, donde las puntuaciones más altas indican mayor percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular. El instrumento ha obtenido alfas de Cronbach de .75 en población mexicana (Ramírez & Guevara, 2016) y de .72 a .89 en otras poblaciones (Ammouri & Neuberger, 2008).

La imagen corporal se evaluó mediante el *Pictograma Stunkard* (Stunkard & Album, 1981) (apéndice D), validado por Cortes et al. (2009) para adolescentes mexicanos. Consta de 18 imágenes enumeradas (1 – 9), nueve para hombres y nueve para mujeres, se solicitó a los adolescentes que seleccionaran la figura que según su percepción correspondiera a su imagen corporal actual de entre las nueve figuras corporales diferentes. La silueta seleccionada se calificó de la siguiente manera: la 1: como bajo peso; de la 2 a la 5: normopeso; de la 6 a la 7: sobrepeso y de la 8 a la 9: obesidad. Entre mayor fue el número de la figura corporal seleccionada más grande fue el tamaño de la figura corporal percibida.

La respuesta a la incertidumbre se evaluó a través de la escala de Greco y Roger (2001) (apéndice E), adaptada y validada en la población hispana por Lousinha y Guarino (2010). Consta de 45 ítems y tres dimensiones, la primera es el deseo de cambio que consta de 12 ítems, la segunda corresponde a la incertidumbre emocional con 15 ítems y la tercera es la incertidumbre cognitiva constituida por 18 ítems. El patrón de respuesta se basa en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1) nunca, (2) algunas veces, (3) frecuentemente y (4) siempre, el valor crudo de la sumatoria se encuentra en un rango de 45 a 180 puntos, estos puntajes se transformarán a índices de cero a 100 para facilitar el análisis estadístico, las puntuaciones más altas indican mayor respuesta a la incertidumbre. Se reportaron como consistencia interna de las dimensiones, alphas de Cronbach de $\alpha = 0.87, 0.91$ y 0.87 , respectivamente (Lousinha & Guarino, 2010).

Procedimiento de recolección de datos

El estudio se realizó con previa autorización de los comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez asegurados todos los trámites administrativos se solicitó a la institución educativa los datos resultados de la evaluación del IMC que se realiza anualmente por la institución, posteriormente se realizó un listado de los adolescentes que de acuerdo a dicha evaluación presentaban SP/OB.

Después de lo anterior se procedió a ejecutar la selección de los 241 adolescentes de forma aleatoria a través del paquete Excel, una vez identificados los participantes potenciales de estudio se hizo un recorrido por el plantel grupo por grupo con la finalidad de invitar a los adolescentes y hacer entrega de consentimientos y asentimientos informados a fin de hacerles llegar a padres, madres, tutores o representantes legales.

Se les pidió que los devolvieran debidamente firmados por los padres (en caso de ser autorizada la participación) un día posterior a la fecha de entrega, se dio tolerancia para ser devueltos hasta tres días posteriores para aquellos que de alguna manera no regresaban el día acordado dichos documentos, a los adolescentes que contaban con la mayoría de edad se les dio únicamente el asentimiento informado.

Posteriormente se solicitó apoyo con los encargados de prefectura para revisar horarios de clases y realizar una programación de recolección de consentimientos y asentimientos, así como para llevar a cabo las mediciones y llenado de instrumentos con la finalidad de no afectar actividades académicas.

Para el llenado de instrumentos (Apéndices C, D y E), así como para realizar las mediciones de peso y talla se solicitó el auditorio de la preparatoria el cual se adaptó para llevar a cabo dichas actividades. Al momento de recoger los consentimientos y asentimientos debidamente firmados se solicitó a los adolescentes pasaran al auditorio en grupos de 10 personas para llevar a cabo las actividades antes mencionadas en un horario establecido sin afectar sus clases, una vez concentrados grupalmente en el auditorio se inició explicando los objetivos del estudio, posteriormente se realizaron las mediciones de peso y talla para corroborar el IMC actual, se les hizo entrega de instrumentos, se prosiguió con la explicación de las instrucciones para el llenado de los mismos.

Para el procedimiento anterior se contempló mantener una coordinación con tutores de grupo y docentes en horario frente a grupo con el fin de solicitar que por

grupos de 10 adolescentes pasaran al sitio designado para la realización de las mediciones.

Una vez concluidos los procedimientos se agradeció la participación de cada adolescente y se proporcionó material impreso con información de alimentación saludable (Apéndice F). Cabe mencionar que antes de cualquier procedimiento se contó con las autorizaciones necesarias y para el apoyo de mediciones el investigador principal fue apoyado por un grupo de 4 Licenciados en Enfermería previamente capacitados para la toma de peso/talla y cálculo del IMC (Apéndice G).

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2015), que señala los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse (Artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII). En el cual se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud, para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona (Artículo 13). Se les invitó a los adolescentes a participar sin que sean obligados a contestar nada que ellos no estuviesen de acuerdo.

Al abordar a los participantes se explicó de forma sencilla y clara los objetivos de la investigación, así como el procedimiento de recolección de los datos a través del asentimiento (Apéndice I) y consentimiento informado (Apéndice H) por escrito que se le entregó al adolescente para que fuese firmado por el padre, madre o tutor, se enfatizó al participante que tenía la libertad de finalizar su participación en el estudio en el momento que lo considerara conveniente, así mismo, se aclararon las dudas del participante con la finalidad de que tuviera la información necesaria que permitió aceptar o rechazar su participación en el estudio (Artículo 20, Artículo 21, Fracción I, II, III, VI, VII y VIII, Artículo 22, Fracción I, II, III, IV y V).

De esta manera se les hizo saber que cualquier decisión que tomaran al respecto de aceptar o rechazar su participación no afectaría su situación escolar o perjudicaría su calificación y que los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de ellos como participantes los cuales solo serán utilizados con fines de la investigación (Capítulo V, Artículo 58, fracción I y II)

En cuanto a la privacidad de los datos, estos solo fueron administrados únicamente por el investigador principal, se hizo omisiones de datos personales y se construyeron folios, los cuestionarios se aplicaron en un área privada (auditorio) para respetar la privacidad y confidencialidad de la información (Artículo 16, Artículo 21, Fracción VII y VIII).

Esta investigación se consideró sin riesgo, debido a que solo se aplicaron cuestionarios en un solo momento con el participante y no se realizaron intervenciones o modificaciones intencionadas a las variables fisiológicas, psicológicas o sociales. Sin embargo, las mediciones de peso y talla se consideraron como riesgo mínimo por la probabilidad de caer de la báscula al momento de subir o bajar de la misma, esto se previó haciendo uso de tapetes antiderrapantes; así mismo se contó con el apoyo de dos profesionales encargados de las mediciones pidiendo que permanecieran a los lados del adolescente, esto sin eximir el riesgo de caídas (Artículo 17, Fracción I y II).

Plan de análisis estadístico.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para Windows.

Para dar respuesta a los objetivos específicos del número 1 al 4 se recurrió al uso de estadística descriptiva considerando el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como medidas de tendencia central (Media, Mediana, Desviación estándar) para variables continuas o numéricas. Se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.

Para cumplir con el objetivo general y el objetivo específico número 5 se procesaron las variables continuas para determinar la distribución haciendo uso de la prueba kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors con base a los resultados se decidió el empleo de estadística no paramétrica (r de Spearman), esto por no presentar normalidad en la mayoría de las variables procesadas.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio realizado en 241 adolescentes con Sobrepeso u Obesidad (SP/OB). En primer lugar, se presenta la estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y antropométricos, seguido de la consistencia interna de los instrumentos, así como la descripción de las variables principales del estudio. En segundo lugar, se presentan los resultados de la prueba de normalidad de las variables, seguidos por la estadística inferencial para dar respuesta al objetivo de la investigación.

Estadística descriptiva

Para dar respuesta al objetivo específico número 1 que señala: describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Características sociodemográficas y antropométricas

El promedio de edad de los adolescentes fue de 16.3 años ($DE = 1.1$), predominó el sexo femenino con un 57.7%, solo el 12% trabaja actualmente, el 2.5% refirió ser casado (a) y el .8% en unión libre, solo el 2.1% mencionó al menos tener un hijo (Tabla 1). En cuanto al estado nutricional el 63.1% presentó SP y el 36.9% OB, la media del Índice de Masa Corporal (IMC) de 30.0 ($DE = 4.6$). El 39.4% contestó que han sido diagnosticados con SP/OB por algún profesional de la salud, de los cuales solo el 16.2% están recibiendo tratamiento al respecto (Tabla 2).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	102	42.3
Femenino	139	57.7
Trabaja		
Si	29	12.0
No	212	88.0

Continuación...

Continuación

Características	<i>f</i>	%
Estado civil		
Soltero	233	96.7
Casado	6	2.5
Unión libre	2	.8
Hijos		
Si	5	2.1
No	236	97.9

Nota: Cédula de datos sociodemográficos, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 241

Tabla 2

Características antropométricas de la muestra

Características	<i>f</i>	%
Categoría de peso corporal		
Sobrepeso	152	63.1
Obesidad	89	36.9
Diagnóstico de SP/OB		
Si	95	39.4
No	146	60.6
Tratamiento		
Si	39	16.2
No	202	83.8

Nota: Cédula de datos sociodemográficos; *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 241

Consistencia interna de los instrumentos

En la tabla 3 se muestra la consistencia interna de los instrumentos aplicados a los adolescentes, los cuales presentaron Alphas de Cronbach aceptables de acuerdo a Burns y Grove (2012).

Tabla 3

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	Número de reactivos	Alphas de Cronbach
Escala de percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular	20	.66
Escala de respuesta a la incertidumbre	45	.86

Fuente: Escala de percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular y Escala de respuesta a la incertidumbre, *n* = 241

Descripción de las variables de estudio

La tabla 4 y 5 describe la imagen corporal de los adolescentes con SP/OB lo que sirvió para dar respuesta al objetivo específico número 2.

Tabla 4

Imagen corporal percibida

	Categoría de peso corporal real (IMC)	Imagen corporal percibida				Total
		Normopeso		Sobrepeso		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Total	Sobrepeso	136	89.5	16	10.5	152
	Obesidad	39	43.8	50	56.2	89
	Total	175	-	66	-	241

Fuente: Pictograma de Stunkard, n = 241

Tabla 5

Imagen corporal percibida por sexo

Sexo	Categoría de peso corporal real (IMC)	Imagen corporal percibida				Total
		Normopeso		Sobrepeso		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Femenino	Sobrepeso	89	96.7	3	3.3	92
	Obesidad	29	61.7	18	38.3	47
Masculino	Sobrepeso	47	78.3	13	21.7	60
	Obesidad	10	23.8	32	76.2	42
	Total	175	-	66	-	241

Fuente: Pictograma de Stunkard, n = 241

En la tabla 4 y 5 se observa que de forma general la imagen corporal percibida no concuerda con la imagen corporal real de acuerdo a la evaluación del IMC. En el caso de las mujeres que tenían sobrepeso u obesidad se percibían en normopeso (96.7% vs 61.7%, respectivamente), únicamente un 3.3% de las mujeres ubicaron adecuadamente su peso real e imagen corporal percibida. En el grupo de los hombres la situación fue parecida; sin embargo el porcentaje de quienes tenían sobrepeso y se percibían en esa misma categoría fue superior al de las mujeres (21.7%), así mismo los hombres con obesidad se percibían con menor masa corporal; es decir con sobrepeso (76.2%).

Para dar respuesta a los objetivos específicos número 3 que corresponde a describir la Percepción del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular (PRC) de adolescentes

con SP/OB y número 4; Describir la Respuesta a la Incertidumbre (RI) de los adolescentes con SP/OB, se presenta la tabla 6.

Tabla 6

Medidas de tendencia central y prueba de normalidad de las variables PRC y RI

Variables	\bar{X}	Mdn.	DE	Valores		D^a	p
				Min	Max		
PRC	56.65	56.67	10.24	30	87	.060	.038
Temor al riesgo ¹	42.24	42.86	19.21	0	90	.099	.000
Riesgo ¹	57.62	57.14	14.87	14	100	.098	.000
Riesgo desconocido ¹	72.34	72.22	14.53	22	100	.115	.000
RI	54.99	55.56	10.72	19	87	.037	.200
Deseo de cambio ²	65.54	66.67	16.13	25	100	.087	.000
Incertidumbre emocional ²	38.71	37.78	16.65	0	87	.079	.001
Incertidumbre cognitiva ²	62.34	61.11	13.90	26	100	.061	.031

Nota: $n = 241$, PRC = Percepción del riesgo cardiovascular, RI = Respuesta a la incertidumbre, IMC = Índice de masa corporal, \bar{X} = Media, Mdn. = Mediana, DE = Desviación estándar, Min. = Valor mínimo, Max. = Valor máximo, D^a = Prueba de normalidad, p = Significancia bilateral, ¹subescala del instrumento de percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular, ²Subescala del instrumento de respuesta a la incertidumbre.

En la tabla 6 se observa que los adolescentes se perciben en un nivel medio con respecto a la PRC ($\bar{X} = 56.6$, $DE = 10.24$) y RI ($\bar{X} = 54.9$, $DE = 10.72$). En cuanto a la PRC, la subescala más alta fue Riesgo desconocido ($\bar{X} = 72.34$, $DE = 14.53$) lo que indica que los adolescentes perciben más el riesgo desconocido en comparación con el temor al riesgo y el riesgo; y en la variable RI las subescalas que presentaron medias más altas fue Deseo de cambio ($\bar{X} = 65.54$, $DE = 16.13$), seguida por la Incertidumbre cognitiva ($\bar{X} = 62.34$, $DE = 13.90$), esto indica que los adolescentes presentaron mayor deseo de cambio y mayor incertidumbre cognitiva en comparación con la incertidumbre emocional.

Estadística inferencial

En los resultados de la distribución de los datos a través de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors (Tabla 6) se observó que los datos de las variables no presentaron normalidad ($p < .05$), excepto la variable RI la cual se caracterizó por una tendencia de normalidad ($p > .05$). Esto permitió optar por el empleo de pruebas estadísticas no paramétricas (r de Spearman) para responder al objetivo general y específico número 5.

A continuación, se presentan los resultados del coeficiente de correlación Spearman entre las variables de estudio para dar respuesta al objetivo general (Determinar la relación entre la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular, la imagen corporal y la respuesta a la incertidumbre en adolescentes con SP/OB), así como al objetivo específico número 5 (Determinar la relación entre las variables de estudio de acuerdo a las dimensiones de los instrumentos).

En la Tabla 7 se aprecia que existe correlación positiva y altamente significativa ($r_s = .215, p = .001$) entre la imagen corporal y percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular, lo que indica que entre mayor fue el número de la imagen corporal percibida mayor es la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular, mientras que de forma general la RI no se correlacionó con estas variables.

Con base al objetivo específico número 5 (Determinar la relación entre las variables de estudio de acuerdo a las dimensiones de los instrumentos), se encontró una correlación positiva y altamente significativa entre RI con las subescalas de la PRC, Riesgo desconocido ($r_s = .166, p = .010$), y una correlación negativa y altamente significativa con la subescala Riesgo ($r_s = -.184, p = .004$), lo que indica que a mayor percepción del riesgo desconocido mayor fue la respuesta de incertidumbre y que a menor percepción en la subescala Riesgo mayor es la respuesta de incertidumbre (Tabla 7).

Tabla 7

Coefficiente de correlación de Spearman de las variables de estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. PRC	1								
2. Temor al riesgo ¹	.636**	1							
3. Riesgo ¹	.658**	.054	1						
4. Riesgo desconocido ¹	.484**	-.068	.247**	1					
5. RI	.050	.106	-.184**	.166**	1				
6. Deseo de cambio ²	.083	.048	-.053	.210**	.762**	1			
7. Incertidumbre emocional ²	.040	.245**	-.198**	-.071	.574**	.176**	1		
8. Incertidumbre cognitiva ²	-.025	-.101	.114	.234**	.719**	.515**	.033	1	
9. IC	.215**	.223**	.034	.149*	-.075	-.033	-.204**	-.102	1

Nota: PRC = Percepción del riesgo cardiovascular, RI = Respuesta a la incertidumbre, IC = Imagen corporal r_s = Coeficiente de correlación, p = Significancia bilateral, $n = 241$, ¹subescala del instrumento de percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular, ²Subescala del instrumento de respuesta a la incertidumbre, * $p < .05$ ** $p < .01$

Capítulo IV

Discusión

En el presente capítulo se contrastan los hallazgos encontrados con los resultados reportados en investigaciones previas que apoyan este estudio. Además, se presentan las conclusiones de la investigación con base a los objetivos planteados y recomendaciones para futuras investigaciones.

El propósito del estudio fue explicar la relación entre la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular, la imagen corporal y la respuesta de incertidumbre en adolescentes de preparatoria en condiciones de SP/OB.

En cuanto al sexo, la muestra de estudio se conformó principalmente por mujeres, la prevalencia de sobrepeso fue mayor a la de obesidad, así mismo fueron pocos los casos de adolescentes que refirieron haber recibido un diagnóstico de SP/OB por algún profesional de salud, de estos menos de la mitad mencionó estar recibiendo tratamiento al respecto, que de acuerdo a la literatura revisada dichos aspectos no se han tomado en cuenta al momento de evaluar las variables del estudio.

La percepción de la imagen corporal de los adolescentes no concuerda en su mayoría con respecto al peso corporal real, estos resultados son semejantes a lo reportado en el estudio previo realizado por Oliva et al. (2016). Así mismo se encontró que los participantes del sexo masculino fueron más precisos en la percepción de la imagen corporal esto coincide con los resultados de una muestra de adolescentes estudiados por Ortega et al. (2013) donde reportan que en la población adolescente, los del sexo masculino percibieron de una manera más exacta su imagen corporal con respecto al tamaño de su silueta corporal actual en comparación con las mujeres.

Lo anterior puede explicarse desde la perspectiva de la presión social, en este sentido el grupo poblacional de las mujeres indican el deseo por verse más delgadas incluso en extrema delgadez esto genera efectos como la preocupación por la imagen corporal siendo claves las actitudes y valoración que el individuo hace de su cuerpo; es

decir, la interacción entre las percepciones, cogniciones, efectos y las conductas como las acciones o comportamientos con base a su propia percepción generan una representación de su imagen corporal.

En este mismo sentido los adolescentes pueden ser capaces de evaluar sus dimensiones corporales y manifestar juicios valorativos que no concuerden con las valoraciones reales, es decir pueden presentar una alteración en la percepción de la imagen corporal (Oliva et al., 2016).

Otro aspecto que puede explicar la inexactitud entre la percepción de la imagen corporal y la masa corporal real es el componente cultural, entre múltiples aspectos de este constructo, un indicador de preocupación consiste en la promoción de la belleza del cuerpo para conseguir una meta social, poniendo énfasis en la delgadez. En este estudio no se incluyeron como parte de la muestra adolescentes con índice de masa corporal saludable, situación que no permitió evaluar la percepción de este grupo poblacional lo que hace pensar que tal vez se autopercebían en delgadez. Sin embargo, de forma general el grupo de estudio (adolescentes con SP/OB) se veían más delgados.

Otro argumento que apoya este resultado es que a través de los medios de comunicación se difunde la idealización de un modelo corporal siendo principalmente las mujeres las que adoptan y practican este referente como elemento de importancia para su satisfacción personal (Oliva et al., 2016).

Los adolescentes perciben el riesgo a la enfermedad cardiovascular en un nivel medio de acuerdo a los puntos de corte de los índices de 0 – 100 (0-39 = bajo, 40-70 = medio, 71-100= alto) estos hallazgos no concuerdan con los presentados por Pérez et al. (2015), Flores et al. (2015), Barbosa y Perdomo (2015) y Acosta, Velázquez, de la Caridad, Rodríguez y Collazo (2010) quienes en sus estudios realizados en adolescentes y jóvenes reportan en mayor porcentaje que este grupo poblacional tiene una baja o nula percepción del riesgo a la enfermedad cardiovascular.

La discordancia entre estos hallazgos puede deberse a diversos aspectos metodológicos ejecutados en los distintos estudios, conjunto a esto la escala utilizada para evaluar la variable PRC posiblemente explique la diferencia. Los resultados considerados más altos en este estudio en comparación con las evidencias previas hacen deducir que tal vez los adolescentes asocian su estado de salud con experiencias previas, presentes o futuras; entre estas experiencias, tal vez en el núcleo familiar exista historia de sobrepeso u obesidad y sus comorbilidades, así mismo antecedente de muerte.

En cuanto a la RI, los adolescentes mostraron una respuesta media, sin embargo este grupo poblacional tiene una mayor puntuación (arriba de la media). Dichos hallazgos resultan ser interesantes puesto que hasta el momento no se logró identificar literatura que aborde la RI en adolescentes con SP/OB. Los estudios realizados por Gómez et al. (2015) indican que esta variable se ha evaluado en personas adultas con enfermedades crónicas en las cuales los puntajes o niveles se han comportado con un valor mayor a la media, evidencia que concuerda con los hallazgos de este estudio. Cabe mencionar que estos resultados no son similares a los descritos por Sánchez et al. (2012) quienes en sus hallazgos indican valores de incertidumbre por debajo de la media.

Un factor muy importante que podría explicar las discrepancias en los resultados de incertidumbre que presentan los adolescentes es que desde un punto de vista psicológico muy probablemente este grupo poblacional no es totalmente homogéneo en cuanto a sus percepciones y en la formación de imágenes, sino que quizás albergan perspectivas contradictorias entre sí, además de que las imágenes de los adolescentes pueden presentar una inmensa carga de ambigüedad.

Con respecto al planteamiento en el que se buscó conocer por una parte la relación entre las variables principales del estudio y por otro lado la relación entre las sub dimensiones. Se constató que entre mayor fue el número elegido en la IC percibida, mejor es la PRC de los adolescentes con SP/OB, esto fue evidenciado por la relación

identificada entre ambas variables; más sin embargo la variable RI no denotó este comportamiento.

Estos resultados son interesantes puesto que hasta el momento no se logró identificar literatura que aborde la relación entre estas variables. Sin embargo, las relaciones encontradas pueden explicarse a partir de que las percepciones son representaciones mentales generadas y construidas a partir de una conducta personal, creencias, valores y considera las influencias del medio ambiente externo, posiblemente los adolescentes que formaron parte de este estudio de alguna manera identifiquen que la figura corporal, en este caso de su persona se vincule con el peso e índice de masa corporal real traduciéndolo a una sensación de riesgo de enfermarse, en este caso particular de algún evento cardiovascular.

Como se mencionó anteriormente en el objetivo específico número 5 se propuso conocer las relaciones entre las dimensiones de las sub escalas que representan a cada uno de los conceptos principales del estudio; en este orden de ideas los hallazgos fueron interesantes, la sub dimensión Incertidumbre emocional se correlacionó positiva y significativamente con el Temor al riesgo y negativamente con el Riesgo. Con respecto a la Incertidumbre cognitiva esta se relacionó con el Riesgo desconocido; Por otro lado, la Imagen corporal se relacionó positivamente con el Temor al riesgo, así como con el Riesgo desconocido y negativamente con la Incertidumbre emocional.

Estos datos hacen pensar que las personas con mejores indicadores de respuestas de tipo emocional o cognitiva (Incertidumbre emocional/cognitiva), presentan mayor temor al riesgo asociado a su índice de masa corporal y la figura corporal percibida.

De acuerdo a Mishel (1990) estas personas poseen mayor grado para identificar los síntomas de la enfermedad. Por ejemplo de la obesidad, fenómeno que es posibilitado por la frecuente presentación y consistencia de los mismos, esto, además genera un patrón que ejerce un significado en la persona. Esto puede ser utilizado en términos adaptativos para protegerse y asumir conductas protectoras de salud como

realizar práctica de ejercicio y ejercer una alimentación saludable a fin de reducir su índice de masa corporal y paulatinamente sustituir los sentimientos o síntomas desagradables por aquellos que denoten un estado óptimo de salud (sobrepeso y paulatinamente peso normal).

Lo anterior, es decir el reconocimiento de una situación de riesgo puede generar temor o miedo y que incita a las personas a actuar y considerar tratamientos en beneficio de su salud también es explicada por la familiaridad de los síntomas, es decir cuan repetitivas sean las señales, estas quizás se asocian con recuerdos en la memoria de las personas para dar un significado a la enfermedad. Contrario a lo descrito adolescentes con índices más bajos de respuesta de Incertidumbre emocional, reconocen en menor grado los síntomas asociados a la enfermedad y por ende no se ubican en riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular.

Este hecho está apoyado además por los altos porcentajes de adolescentes identificados en este estudio con un resultado incongruente entre su masa corporal real y la IC percibida manifestación que a nivel psicológico Merle Mishel (1990) define como “La congruencia con el evento” refiriéndose a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad y sus implicaciones con la confiabilidad y estabilidad de los eventos facilitando así su interpretación y comprensión, situación que fue contraria en este hallazgo y que es apoyada por una correlación negativa.

Conjunto a esto dada la inexactitud con que los adolescentes pudieron valorar su estado físico (silueta) corporal percibido y el real es posible que variables como habilidades de procesamiento de la información funcionen de manera defectuosa o bien estén limitadas, reduciendo así la habilidad para percibir el patrón de síntomas, lo cual genera quizás cifras superiores de incertidumbre y por ende un menor grado de posibilidades para considerar un tratamiento exitoso para el manejo del SP/OB, vale la pena señalar que aunque una proporción de adolescentes eran conscientes dado que

habían recibido un diagnóstico por algún profesional de la salud, otra proporción considerable no estaba ejecutando un plan de acción para reducir su IMC.

Con respecto a los hallazgos en los que se encontraron relaciones positivas y significativas entre la IC y las sub dimensiones Temor al riesgo y Riesgo desconocido hacen pensar que este hecho se trate de adolescentes que lograron precisar de una mejor forma su IC con respecto a su IMC real y por ende se reconocen en riesgo y experimentan temor por la posibilidad de desarrollar co-morbilidades relacionadas con la OB, y lo contrario, los adolescentes que fueron menos exactos en ubicar su figura corporal considerando como base la métrica real, tal vez eran quienes reportaron los peores indicadores que caracterizan a la incertidumbre de tipo cognitiva.

Conclusiones

El promedio de edad de los adolescentes fue de 16 años, predominó el sexo femenino, se encontraron bajos porcentajes de personas que trabajan, ser casados y tener al menos un hijo. En cuanto al estado nutricional, de acuerdo al IMC el mayor porcentaje de adolescentes presentó sobrepeso, menos de la mitad han sido diagnosticados con SP/OB de los cuales algunos están recibiendo tratamiento al respecto.

La imagen corporal percibida no concuerda con la imagen corporal real de acuerdo al IMC.

Los resultados mostraron que los adolescentes perciben el riesgo de enfermedad cardiovascular y de respuesta de incertidumbre en un nivel medio.

En cuanto a la relación de variables se observó una correlación positiva y significativa únicamente entre la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular y la imagen corporal; además existió una correlación positiva y altamente significativa entre la respuesta de incertidumbre y el riesgo desconocido y una correlación negativa y altamente significativa con el riesgo, estas dos últimas pertenecen a las subescalas de la percepción de riesgo a la enfermedad cardiovascular.

Sugerencias

Por un lado, se sugiere que en futuros estudios se incluya el estudio de variables como las Tecnologías de la información y comunicación con o sin influencia de internet como un medio eficaz que coadyuve a la mejora de la imagen corporal y en ese mismo sentido la toma de decisiones en salud, especialmente en cuanto a alimentación saludable y practica de actividad física para la reducción de riesgos asociados a la enfermedad cardiovascular.

Por otro lado, es necesario seguir estudiando la incertidumbre frente al sobrepeso u obesidad, así como la posible relación con factores bio-psico-sociales que podrían explicar mejor este fenómeno.

Referencias

- Angulo Y.T, Caffroni M.R, Fajardo R.H, Fajardo T.Y, Flórez N.D, & Montalvo P.A.A. (2016). *Incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama, Cartagena* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3090>
- Abad, M.F, Rivero, P.J, Fandiño, C.E, Vera, O.J.A, de Vera, P.M., & Montero S.L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso. *ENE, Revista de Enfermería*, 6(2), 24-31.
- Acosta M.M., Velázquez G.D., de la Caridad, Rodríguez H., Collazo C.A.R. (2010). Factores de riesgo, conocimiento y percepción de riesgo de la hipertensión arterial en adolescentes. En *Pediatría, E. D. P. G.*, & en *Psiquiatría, E. D. P. G.*
- Almagiá, E. B., Fajardo, V. C., Muñoz, G. L., González, P. L., & Vera, J. S. M. (2014). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Ammouri, A. A., & Neuberger, G. (2008). The perception of risk of heart disease scale: Development and psychometric analysis. *Journal of nursing measurement*, 16(2), 83-97.
- Ammouri, A. A., Neuberger, G., Mrayyan, M. T., & Hamaideh, S. H. (2011). Perception of risk of coronary heart disease among Jordanians. *Journal of clinical nursing*, 20(1-2), 197-203. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03192.
- Arango, T. O. E., Montoya, Z. P. A., Puerta L. I. C., & Sánchez, D. J. W. (2014). Teoría de la mente y empatía como predictores de conductas disociales en la adolescencia. *Escritos de Psicología (Internet)*, 7(1), 20-30.
- Ardila, T. P. A. (2014). Descripción del estado nutricional, consumo de alimentos y percepción de la imagen corporal en adolescentes de 13 a 17 años. Colegio instituto técnico juan del corral Bogotá (Tesis de maestría). Recuperada de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16038>

- Avella, Barrera, Barrios, Blanco, Carreño, Carrillo, Chaparro, Fuentes, García, Pinto, Sánchez & Vargas (2014). Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico. *Cuidados Avanzados*.
- Barbosa, A. J. M., & Perdomo H. L. (2015). Comportamiento de algunas condiciones bio-psico-sociales de riesgo cardiovascular, en jóvenes universitarios de Ibagué durante el año 2013 (Tesis de maestría). Recuperada de <http://tesis.udea.edu.co/handle/10495/3566>
- Block, M. E. (2013). Risk Perception in Cardiovascular Disease (Tesis doctoral). Recuperada de http://ecommons.luc.edu/luc_diss/718/
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). Cap. Población y muestras de investigación. *Investigación en Enfermería*, 5ª Edición, Elsevier Saunders. Pp. 296-333.
- Cainzos, A. M. & Blaha, M. J. (2015). Cardiovascular risk perception in women: true unawareness or risk miscalculation? *BMC medicine*, 13(1), 112.
- Coca, A., Gómez, P., Llisterri, J. L., & Camafort, M. (2012). Riesgo cardiovascular percibido por el paciente hipertenso y grado de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial: estudio Cumplimenthta. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29(4), 136-144.
- Chan, C. W. (2014). Perceptions of coronary heart disease: the development and psychometric testing of a measurement scale. *Psychology, Health & Medicine*, 19(2), 159-168.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd edn. Hillsdale, New Jersey: L.
- Cortes, M. G., Vallejo, C. N. L., Pérez S. D., & Ortiz, L. (2009). Utilidad de siluetas corporales en la evaluación del estado nutricional en escolares y adolescentes de la Ciudad de México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(6), 511-521.
- Darlow, S., Goodman, M. S., Stafford, J. D., Lachance, C. R. & Kaphingst, K. A. (2012). Weight perceptions and perceived risk for diabetes and heart disease among overweight and obese women, Suffolk County, New York, 2008. *Preventing Chronic Disease*, 9: (81).
- Dávila, T. J., González, I. J. D. J., & Barrera, C. A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249.

- Decker, C. L., Haase, J. E., & Bell, C. J. (2007). Uncertainty in adolescents and young adults with cancer. In *Oncology Nursing Forum* 34 (3).
- Durán, S., Rodríguez, M. D. P., Record, J., Barra, R., Olivares, R., Tapia, A., & Neira, A. M. (2013). Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Revista chilena de nutrición*, 40(1), 26-32.
- Fernández B. J. G., González M. I., Contreras O., & Cuevas, R. (2014). Relación entre imagen corporal y auto concepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25-33.
- Figueroa, A. L. (2013). Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de 9no. de básica a 2do. De bachillerato de los colegios Juan de Salinas y unidad educativa Santa Ana de la ciudad de Sangolqui.
- Flores, Y. N., Shaibi, G. Q., Morales, L. S., Salmerón, J., Skalicky, A. M., Edwards, T. C., ... & Patrick, D. L. (2015). Perceived health status and cardiometabolic risk among a sample of youth in Mexico. *Quality of Life Research*, 24(8), 1887-1897.
- Forouzanfar, M. H., Alexander, L., Anderson, H. R., Bachman, V. F., Biryukov, S., Brauer, M., & Delwiche, K. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(10010), 2287-2323.
- González, S. R., Llapur, M. R., Jiménez, H. J. M., Llapur G, A., & Fernández, M. D. (2011). Percepción de riesgo de hipertensión arterial infantil en familiares de niños y adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 83(1), 65-73.
- Gómez, P. I. P., Castillo, A. I. Y. & Alvis, E. L. R. (2015). Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*, 15(2), 210-218.
- Greco, V. & Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: The construction and validation of a new measure. *Personality and individual differences*, 31(4), 519-534.

- Gutierrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. *Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.*
- Klein, A. (2012). Imágenes psicoanalíticas y sociales de la adolescencia: Un complejo entrecruce de ambigüedades. *Interdisciplinaria, 29(2)*, 271-286.
- Kling, J. M., Miller, V. M., Mankad, R., Wilansky, S., Wu, Q., Zais, T. G., Mulvagh, S. L. (2013). Go Red for Women Cardiovascular Health—Screening 37 Evaluation: The Dichotomy Between Awareness and Perception of Cardiovascular Risk in the Community. *Journal of Women's Health, 22(3)*, 210-218.
- Larimer, K., Durmus, J., & Florez, E. (2015). Experiences of Young Adults With Pacemakers and/or Implantable Cardioverter Defibrillators. *The Journal of cardiovascular nursing.*
- Lousinha, A., & Guarino, L. (2010). Adaptación hispana y validación de la escala de respuesta a la incertidumbre. *Pensamiento Psicológico, 8(15)*.
- Martínez, Á. T., Ruiz, M. C. S., & González, J. S. (2016). Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Atención Primaria, 48(4)*, 219-225.
- Meza, P. C., & Pompa, G. E. (2013). Insatisfacción con la Imagen Corporal en Adolescentes de Monterrey Body Image Dissatisfaction in Adolescents from Monterrey. *Daena: International Journal of Good Conscience, 8(1)*, 32-43.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 20(4)*, 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 22(4)*, 256-262.
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Belyea, M., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Mohler, J., & Robertson, C. (2003). Moderators of an uncertainty management intervention: for men with localized prostate cancer. *Nursing research, 52(2)*, 89-97.

- Neylon, A., Canniffe, C., Anand, S., Kreamsoulas, C., Blake, G. J., Sugrue, D., & McGorrian, C. (2013). A global perspective on psychosocial risk factors for cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 574-581.
- Oliva P.Y, Ordóñez L.M, Santana C.A, Marín C.A.D, Pech G.A. & Castillo I.A.G. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica*, 27, 49-60.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades cardiovasculares. *Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2007). Growth reference data for 5-19 years *Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/growthref/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Sobrepeso y Obesidad. *Nota descriptiva 311*. Recuperado <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortega B. M. A., Zurita, O. F., Cepero, G. M. D. M., Torres, C. B., & Becerra, M. O. (2013). La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén. *Revista de investigación en educación*, 2(11), 123-139.
- Pérez, M. D., Álvarez, G. G. M., & González, L. E. (2015). Percepción de riesgo cardiovascular en una población ambulatoria de la Comunidad de Madrid. *Hipertensión y Riesgo vascular*, 32(3), 100-104
- Petr, E. J., Ayers, C. R., Pandey, A., de Lemos, J. A., Powell-Wiley, T. M., Khera, A., & Berry, J. D. (2014). Perceived lifetime risk for cardiovascular disease (from the Dallas Heart Study). *The American Journal of Cardiology*, 114(1), 53-58.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (Eds.). (1999). *The Roy adaptation model*. Prentice Hall.
- Ramirez, R. A. V., & Guevara, V.M.C. (2016). Uso de tics en salud y percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular en el adulto joven con sobrepeso y obesidad (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

- Rodríguez, N., Ríos, M., Lozano, L., & Alvarez, M. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 245-260.
- Sánchez L.A., Rodríguez M.C.M., Luis M.D.L., Soriano M.M., Hernández R.M.T. & Badillo V.P. (2012). Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 1(2), 77-83.
- Sámamo, R., Rodríguez, V. A. L., Sánchez J.B., Martínez, E. Y. G., Noriega, A., Zelonka, R. & Nieto, J. (2014). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria*, 31(n03), 1082-1088.
- Secretaría de Salud. (2015). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compit/rlgsmis.html>
- Soriano, N. Y. R., Saldaña, M. D. R. R., Treviño, L. R. L., & Gasca, M. A. Á. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 245-260.
- Stunkard, A. la obesidad y la maternidad. *Psic-Obesidad*, 3 (9), 2.
- Stunkard A, & Album J (1981). The accuracy of self-reported weights. *Am J Clinic Nutr*. Ago; 34(8):1593- 1599.
- Torres, O.C.M. (2013). Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis.
- Trejo, M.F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex) Vol*, 11, 34-38.
- Videra, G. A., & Reigal, G. R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y stisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 29(1), 141-147.

Apéndices

Apéndice A

Hallazgos adicionales

Se encontraron correlaciones entre el IMC y las diferentes variables de estudio en la cual se presentan dos correlaciones positivas y altamente significativas, con la percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular ($r_s = .067, p = .010$) y con el Temor al riesgo ($r_s = .237, p = .000$), lo cual indica que a mayor IMC mayor es la PRC y mayor temor al riesgo. Así mismo se encontró una correlación negativa y significativa con la edad ($r_s = -.131, p = .043$), esto indica que a menor edad mayor es el IMC.

Tabla 8

Prueba de U de Mann Whitney de las variables contrastadas con diagnóstico de SP/OB

	Diagnóstico de SP/OB	Promedio de rangos	U	p
PRC	Si	139.41	5186.5	.001
	No	109.02		
Temor al riesgo	Si	143.57	4790.5	.000
	No	106.31		
IC	Si	158.38	3383.5	.000
	No	96.67		

Nota: $n = 241$, $U = U$ de Mann Whitney, $p =$ Significancia bilateral, *PRC* = Percepción del riesgo cardiovascular, *IC* = Imagen corporal percibida, *SP/OB* = Sobrepeso u Obesidad, $p < .05$

En la Tabla 9 se puede observar que existen diferencias significativas ($U = 5186.5, p = .001$) entre los adolescentes que fueron diagnosticados con SP/OB por algún profesional de la salud y los que no, es decir aquellos que tenían el diagnóstico presentaron mayor puntaje y por ende mayor percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular. Así mismo se observaron diferencias significativas en la subescala temor al riesgo ($U = 4790.5, p = .000$) y en la IC ($U = 3383.5, p = .000$) lo que señala que los adolescentes diagnosticados con SP/OB presentaron mayor temor al riesgo y mayor

percepción de la imagen corporal respecto al tamaño de su cuerpo, en comparación con los no diagnosticados.

Tabla 9

Prueba de U de Mann Whitney de las variables contrastadas con el tratamiento

	Tratamiento	Rango promedio	U	p
PRC	Si	142.66	3034.0	.037
	No	116.95		
Temor al riesgo	Si	152.18	2672.0	.003
	No	115.16		
IC	Si	184.51	1443.5	.000
	No	109.11		

Nota: $n = 241$, $U = U$ de Mann Whitney, $p =$ Significancia bilateral, $PRC =$ Percepción del riesgo cardiovascular, $IC =$ Imagen corporal, $SP/OB =$ Sobrepeso u Obesidad, $p < .05$

En la tabla 10 se presentan las diferencias significativas ($U = 3034$, $p = .037$) encontradas entre los adolescentes que estaban recibiendo tratamiento y los que no, es decir aquellos que tenían tratamiento para SP/OB presentaron mayor percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular. Así mismo se observaron diferencias significativas en la subescala temor al riesgo ($U = 2672$, $p = .003$) y en la IC ($U = 1443.5$, $p = .000$) es decir, los adolescentes en tratamiento presentaron mayor temor al riesgo y mayor percepción de la imagen corporal respecto al tamaño de su cuerpo, en comparación con los que no recibían tratamiento.

Apéndice B

Cédula de datos personales

Instrucciones: por favor contesta lo siguiente y donde sea el caso marca con una “X” tu respuesta.

Fecha: _____

Número de Folio: _____

Datos personales:

1. Edad (años cumplidos): _____

2. Sexo:

Hombre	Mujer
--------	-------

3. Estado civil:

Soltero	
Casado	
Unión libre	
Otro (especifique): _____	

4. ¿Trabajas?

Si	No
----	----

5. ¿Tienes hijo(s)?

Si	No
----	----

6. ¿Padece alguna de estas enfermedades?

Diabetes:		
Hipertensión:		
Enfermedad del corazón:		

Si	No
----	----

Si	No
----	----

Si	No
----	----

¿Algún profesional de la salud, te ha dicho que tienes Sobrepeso u Obesidad?

SI-----NO

¿Estas recibiendo tratamiento al respecto?

SI-----NO

Datos antropométricos: (este apartado lo llenará el investigador).

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

Apéndice C

Escala de percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular

(Ammouri y Neuberger, 2008)

Las siguientes preguntas están enfocadas a la percepción de la enfermedad cardiovascular, por favor marque la respuesta que usted considere adecuada de acuerdo a las siguientes opciones de respuesta: 1- “Muy en desacuerdo”, 2- “En desacuerdo”, 3- “De acuerdo” y 4- “Muy de acuerdo”.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Hay una posibilidad de que yo tenga una enfermedad cardiovascular.	1	2	3	4
2. Hay una buena probabilidad de que padezca enfermedades cardiovasculares en los próximos 10 años.	1	2	3	4
3. Una persona que padece enfermedades cardiovasculares no tiene ninguna posibilidad de ser curado.	1	2	3	4
4. Tengo una alta probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares debido a mis hábitos del pasado.	1	2	3	4
5. Estoy seguro que padeceré enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
6. Los hábitos de vida saludables son inalcanzables.	1	2	3	4
7. Es probable que padezca enfermedades cardiovasculares en el futuro.	1	2	3	4
8. Estoy en riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
9. Es posible que vaya a padecer enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
10. No estoy haciendo nada que sea saludable para mi corazón.	1	2	3	4
11. Soy demasiado joven para padecer enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
12. La gente como yo no padecen enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
13. Soy muy saludable por lo que mi cuerpo puede combatir enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4

14. No estoy preocupado de que pueda desarrollar una enfermedad cardiovascular.	1	2	3	4
15. Las personas de mi edad son demasiado jóvenes para desarrollar enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
16. La gente de mi edad no padecen enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
17. Mis hábitos y estilos de vida no me ponen en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
18. No importa lo que haga, si voy a tener una enfermedad cardiovascular, voy a tenerla.	1	2	3	4
19. Las personas que no desarrollan enfermedades cardiovasculares es simplemente por suerte.	1	2	3	4
20. Las causas de las enfermedades cardiovasculares son desconocidas.	1	2	3	4

Apéndice D

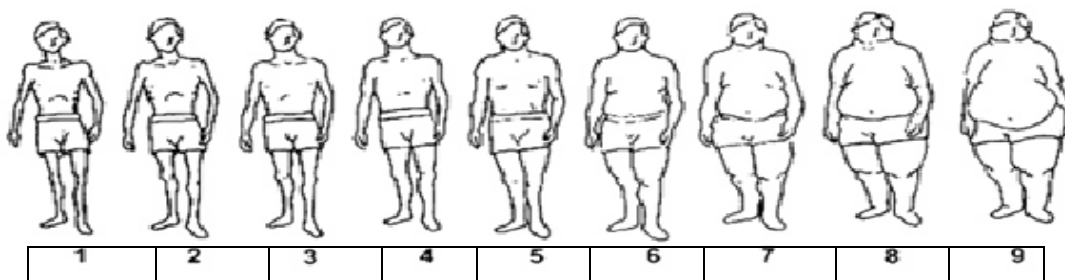
Pictograma de Stunkard

(Stunkard y Album, 1981)

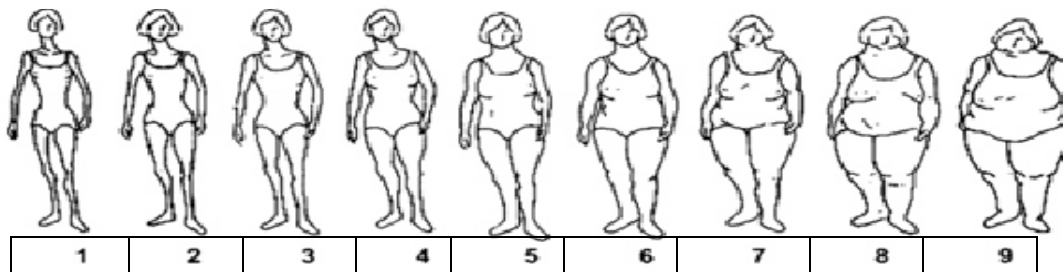
El siguiente esquema se basa en 9 imágenes para mujeres y 9 para hombres enumeradas por sexo de 1 hasta 9.

De acuerdo al sexo que corresponde, marca con una “P” el número de la figura que represente para ti la forma de tu silueta corporal actual y marca con una “D” el número de la figura que represente la forma de la silueta corporal ideal o en la que desearías estar.

HOMBRES



MUJERES



Apéndice E

Escala de respuesta a la incertidumbre

(Greco y Roger, 2001)

Adaptada y validada en la población hispana por Lousinha y Guarino (2010).

Por favor conteste cada pregunta marcando con una “X” la respuesta que considere más se apegue a su persona. Las opciones de respuestas van desde 1 hasta 4 (1- Nunca, 2-Algunas veces, 3- Frecuentemente, 4- Siempre).

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Tiendo a darme por vencido (a) cuando no comprendo claramente una situación	1	2	3	4
2. Me siento mejor conmigo cuando sé que he hecho todo lo que puedo para planear mi futuro.	1	2	3	4
3. Los cambios repentinos me alteran	1	2	3	4
4. Cuando tomo una decisión, me paraliza el miedo a cometer errores	1	2	3	4
5. Cuando no tengo certeza de algo, actúo muy cautelosamente hasta que tengo más información sobre la situación	1	2	3	4
6. Me gusta tener las cosas bajo control	1	2	3	4
7. Cuando el futuro es incierto, generalmente espero lo peor	1	2	3	4
8. Afrontar la incertidumbre es una experiencia que me destroza los nervios	1	2	3	4
9. Me preocupo cuando una situación es incierta	1	2	3	4
10. Pensar en la incertidumbre me hace sentir deprimido(a)	1	2	3	4
11. Me parece que una posibilidad de cambio es emocionante y estimulante	1	2	3	4
12. La incertidumbre me atemoriza	1	2	3	4
13. Me emociona quedarme en suspenso	1	2	3	4
14. Me gusta salir de vacaciones sin haber planificado nada de antemano	1	2	3	4
15. Creo que hay que ser flexible para trabajar efectivamente	1	2	3	4
16. Asumir riesgos es parte de la vida	1	2	3	4
17. Cuando siento inseguridad sobre algo, trato de evaluar	1	2	3	4

racionalmente toda la información que poseo				
18. Antes de hacer cualquier cambio, necesito pensar minuciosamente las cosas	1	2	3	4
19. Prefiero apegarme a formas establecidas y probadas de hacer las cosas	1	2	3	4
20. Me gusta pensar con antelación mis fines de semana	1	2	3	4
21. Siento curiosidad por las nuevas experiencias	1	2	3	4
22. Me gusta pensar en las nuevas experiencias como retos	1	2	3	4
23. Una nueva experiencia es una ocasión para aprender algo nuevo	1	2	3	4
24. Cuando siento que una situación no está clara, doy lo mejor de mí para solucionarla	1	2	3	4
25. Me gusta saber exactamente qué haré en el futuro inmediato	1	2	3	4
26. Cuando enfrento una situación incierta, tiendo a prepararme tanto como sea posible y luego espero que ocurra lo mejor	1	2	3	4
27. Siento alivio cuando una situación ambigua de repente se aclara	1	2	3	4
28. Cuando siento incertidumbre, trato de dar pasos decisivos para clarificar la situación	1	2	3	4
29. Cuando no puedo discernir situaciones claramente, me torno aprehensivo(a)	1	2	3	4
30. Disfruto cuando encuentro nuevas formas de resolver los problemas	1	2	3	4
31. Cuando no tengo certeza sobre las intenciones de alguien hacia mí, con frecuencia me incomodo o me molesto	1	2	3	4
32. Las nuevas experiencias pueden ser útiles	1	2	3	4
33. Cuando siento incertidumbre respecto a lo que haré próximamente, tiendo a sentirme perdido(a)	1	2	3	4
34. Me siento ansioso(a) cuando las cosas cambian	1	2	3	4
35. Me emocionan las nuevas experiencias	1	2	3	4
36. Trato de tener mi vida y mi carrera claramente planificadas	1	2	3	4
37. Creo que cambiar de carrera a mitad de la vida es una idea emocionante	1	2	3	4
38. Cuando una situación no está clara me siento molesto (a)	1	2	3	4
39. Disfruto los eventos inesperados	1	2	3	4
40. Me gusta que las cosas estén ordenadas y en su lugar, tanto en el trabajo como en casa	1	2	3	4
41. Me siento realmente ansioso (a) si no sé lo que alguien piensa de mí	1	2	3	4
42. Me adapto fácilmente a la novedad	1	2	3	4
43. Cuando tengo que hacer cambios me siento dudoso (a)	1	2	3	4
44. Me gusta planear todos los detalles con anticipación en vez de dejar las cosas a la suerte	1	2	3	4
45. Antes de comprar algo, tengo que ver todos los modelos que pueda encontrar	1	2	3	4

Apéndice F

Infografía: Semaforo de la Alimentación para Adolescentes

Diario



Verduras, frutas
y agua natural



Pan integral, tortilla,
bolillo, amaranto, frijol,
lenteja, haba,



Carne blanca, yoghurt,
queso panela,
leguminosas

Tres veces por semana



Huevo, carnes rojas,
queso oaxaca,



Grasas naturales, papa,
pasta, arroz, elote,
semillas



Aguas de sabor,
café

Dos veces al mes



Comida frita, rápida,
derivados de cerdo y
carnes frías



Mantequilla, pan dulce,
pasteles, galletas,
frituras



Refrescos, alcohol
y lácteos enteros, sopas
instantáneas

Fuente: SSA, 2015

Apéndice G

Procedimiento para la toma de peso y talla.

Se tomará la medición estando el participante de pie, sin zapatos, sobre la plataforma marcada en el centro de la báscula, se le pedirá al adolescente que mantenga una posición recta y mantenga en contacto la espalda con el estadiómetro, se solicitará realizar una inspiración profunda y extensión del cuello con el fin de disminuir la lordosis. Ambos talones deben estar juntos y los hombros relajados. Después de obtener la posición deseada se bajará el flexómetro hasta apoyarlo sobre la cabeza y se registrará la medida aproximándola a 0.1 cm más cercano como se muestra en la figura 1 (Seidel, Bal, Dains & Benedict, 1998).

El peso se medirá con una báscula calibrada previamente a cero, en caso necesario se pedirá al participante retire el exceso de ropa, suba y se mantenga de pie en el centro marcado en la plataforma, para que el peso este distribuido de forma similar entre ambos pies. La cabeza deberá estar elevada, mirando directamente hacia adelante, también se le pedirá que evite moverse durante la toma del peso y se registrará el peso aproximado a los 100 gramos más próximos. Posteriormente a la realización de este procedimiento se le pedirá al adolescente baje de la báscula y se le dará las gracias.

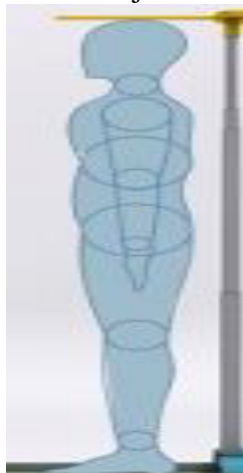


Figura 1. Medición de talla

Apéndice H

Consentimiento informado (padre, madre o tutor)

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.
Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del estudio: Percepción del Riego Cardiovascular, Imagen Corporal y Respuesta a la Incertidumbre en Adolescentes con Sobrepeso y Obesidad.

Investigador responsable: Lic. Ulises López Sánchez

Introducción: Estamos interesados en conocer la percepción que tienen los adolescentes sobre el riesgo de desarrollar una enfermedad del corazón o cardiovascular, como perciben su físico (su cuerpo) y lo que creen que les depara el futuro en cuanto a su estado de salud. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería, por lo cual se le hace la invitación a participar en este estudio.

Antes de decidir que su hijo (a) participe, se recomienda que usted conozca cada apartado de este consentimiento. Se le hace saber que su hijo (a) tiene la libertad de preguntar cualquier situación que ayude a aclarar las dudas sobre la participación en este estudio. Una vez que haya conocido la finalidad del estudio y si autoriza la participación de su hijo (a), se le solicitará que firme el consentimiento informado.

La participación de su hijo (a) consistirá en el llenado de tres cuestionarios en un lapso de 20 minutos aproximadamente, y una entrevista de datos sociodemográficos donde se preguntaran datos personales como edad, estado civil, antecedentes de enfermedades, etc., así mismo se mediará el peso corporal con una báscula calibrada previamente a cero, en caso necesario se pedirá al adolescente retire el exceso de ropa, suba y se mantenga de pie en el centro marcado en la plataforma, para que el peso este distribuido de forma similar entre ambos pies. La cabeza deberá estar elevada, mirando directamente hacia adelante, también se le pedirá que evite moverse durante la toma del peso; la estatura donde se le pedirá al adolescente que se mantenga de pie, sin zapatos,

se le pedirá al adolescente que mantenga una posición recta y mantenga en contacto la espalda con el estadímetro, se solicitará realizar una inspiración profunda y extensión del cuello con el fin de disminuir la lordosis. Ambos talones deben estar juntos y los hombros relajados.

Después de lo anterior se calculará el índice de masa corporal que es el peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado, esto se hará respetando su confidencialidad en un lugar adecuado donde los datos no serán revelados, si en el transcurso del llenado o en la entrevista, alguna de las preguntas le parecen incómodas a su hijo (a), él tiene el derecho de hacérselo saber al investigador y tomarse el tiempo necesario para continuar con los cuestionarios, también se le hace saber que su hijo (a) no corre ningún riesgo debido a que solo se realizara una entrevista y el llenado de cuestionarios, sin embargo a la hora de tomar su peso corporal el riesgo de caída es mínimo y esto se controlará con tapetes antiderrapantes, además dos profesionales estarán a los lados para prevenir alguna caída, es importante mencionar que su hijo (a) recibirá como beneficio por su participación en el estudio material impreso sobre la alimentación adecuada en adolescentes.

Así mismo se le informa que la participación de hijo (a) es voluntaria y que puede retirarse de la investigación si así él lo decide sin que esto le afecte en alguna calificación o actividad escolar. Se le asegura que se respetará la confidencialidad, la información que proporcione su hijo (a) será anónima, el nombre o datos personales no serán identificados y serán confidenciales y solo serán utilizados para los fines de la investigación por lo que los datos obtenidos podrían ser publicados en forma general. Los cuestionarios serán resguardados por el investigador por 12 meses y luego serán destruidos.

Yo voluntariamente acepto que mi hijo (a) o tutorado quien está a mi cargo, a que participe en este estudio y autorizo que se colecte información requerida. He sido informado y todas mis preguntas han sido contestadas, entiendo que los datos obtenidos

en el estudio pueden ser difundidos con fines científicos y que mi hijo (a) puede optar libremente por dejar de participar en cualquier momento si así lo desea, en caso de tener dudas o querer conocer los resultados acerca de la investigación puedo comunicarme a los siguientes teléfonos 81 83 48 89 43 y 81 83 48 18 47 con el responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL, ubicada en Avenida Gonzalitos #1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey. Nuevo León.

_____	_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____
Nombre y firma del Testigo (1)	Dirección
_____	_____
Nombre y firma del Testigo (2)	Dirección

Apéndice I

Asentimiento informado

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.
Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del estudio: Percepción del Riego Cardiovascular, Imagen Corporal y Respuesta a la Incertidumbre en Adolescentes con Sobrepeso y Obesidad.

Investigador responsable: Lic. Ulises López Sánchez

Introducción: Estamos interesados en conocer la percepción que tienen los adolescentes sobre el riesgo de desarrollar una enfermedad del corazón o cardiovascular, como perciben su físico (su cuerpo) y lo que creen que les depara el futuro en cuanto a su estado de salud. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería, por lo cual se le hace la invitación a participar en este estudio.

Antes de decidir su participación, se recomienda que usted conozca cada apartado de este consentimiento. Se le hace saber que usted tiene la libertad de preguntar cualquier situación que ayude a aclarar sus dudas sobre la participación en este estudio. Una vez que haya conocido la finalidad del estudio y si usted desea participar, se le solicitará que firme el asentimiento informado.

Su participación consistirá en el llenado de tres cuestionarios en un lapso de 20 minutos aproximadamente, y una entrevista de datos sociodemográficos donde se preguntaran datos personales como edad, estado civil, antecedentes de enfermedades, etc., así mismo se mediará el peso corporal con una báscula calibrada previamente a cero, en caso necesario se pedirá retire el exceso de ropa, suba y se mantenga de pie en el centro marcado en la plataforma, para que el peso este distribuido de forma similar entre ambos pies. La cabeza deberá estar elevada, mirando directamente hacia adelante, también se le pedirá que evite moverse durante la toma del peso; en la toma de la estatura se le pedirá que se mantenga de pie, sin zapatos, se le pedirá al adolescente que

mantenga una posición recta y mantenga en contacto la espalda con el estadímetro, se solicitará realizar una inspiración profunda y extensión del cuello con el fin de disminuir la lordosis. Ambos talones deben estar juntos y los hombros relajados.

Después de lo anterior se calculará el índice de masa corporal que es el peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado, esto se hará respetando su confidencialidad en un lugar adecuado donde los datos no serán revelados, si en el transcurso del llenado o en la entrevista, alguna de las preguntas le parecen incómodas tiene el derecho de hacérselo saber al investigador y tomarse el tiempo necesario para continuar con los cuestionarios, también se le hace saber que no corre ningún riesgo debido a que solo se realizara una entrevista y el llenado de cuestionarios, sin embargo a la hora de tomar su peso corporal el riesgo de caída es mínimo y esto se controlará con tapetes antiderrapantes, además dos profesionales estarán a los lados para prevenir alguna caída, es importante mencionar que recibirás como beneficio por su participación en el estudio, material impreso sobre la alimentación adecuada en adolescentes.

Así mismo se le informa que su participación es voluntaria y que puede retirarse de la investigación si así lo decide sin que esto le afecte en alguna calificación o actividad escolar. Se le asegura que se respetará su confidencialidad, la información que proporcione será anónima, su nombre o datos personales no serán identificados y serán confidenciales, y solo serán utilizados para los fines de la investigación, por lo que los datos obtenidos podrían ser publicados en forma general. Los cuestionarios serán resguardados por el investigador por 12 meses y luego serán destruidos.

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio de manera voluntaria sin ser obligado por mis padres, tutor u otra persona, autorizo a que se colecte información sobre mi persona. He sido informado y todas mis preguntas han sido contestadas, entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser difundidos con fines científicos y que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento si

así lo deseo, en caso de tener dudas o querer conocer los resultados acerca de la investigación puedo comunicarme a los siguientes teléfonos 81 83 48 89 43 y 81 83 48 18 47 con el responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL, ubicada en Avenida Gonzalitos #1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey. Nuevo León.

_____	_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____
Nombre y firma del Testigo (1)	Dirección
_____	_____
Nombre y firma del Testigo (2)	Dirección

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lic. Ulises López Sánchez

Candidato a Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, IMAGEN CORPORAL Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD

LGAC: Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar: a) estados crónicos y b) en grupos vulnerables.

Biografía: Nacido en Lázaro Cárdenas, Michoacán de Ocampo, México, el 04 de Agosto de 1990.

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero (2010-2014). Participación en Estancia Académica en el Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara (2013). Servicio Social en la Unidad Académica de Enfermería Número Uno de la Universidad Autónoma de Guerrero durante el periodo 2014 – 2015, realizando funciones como auxiliar de docencia, administración e investigación.

Experiencia Profesional: Vacunador en campañas de vacunación de forma consecutiva durante el periodo 2013 – 2015 en diferentes centros de salud del estado de Guerrero, instructor clínico durante el periodo 2014–2015 en hospitales del IMSS e ISSSTE de Chilpancingo Gro.

Distinciones: Testimonio de Desempeño Satisfactorio por aprobación del Examen General para el Egreso de Licenciatura en Enfermería (EGEL–ENF). Becario CONACYT para estudios de posgrado y miembro activo de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International (STTI).

Correo electrónico: ulopezsan@hotmail.com