UNIVERSIDAD DEL TURABO

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

OBESIDAD, SOBREPESO Y AUTOESTIMA EN LA NIÑEZ INTERMEDIA

por

Iris N. Ortiz Escribano

DISERTACIÓN

Presentada como Requisito para la Obtención del Grado

de Doctor en Consejería Psicológica

Gurabo, Puerto Rico

abril, 2013

UNIVERSIDAD DEL TURABO

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DE DISERTACIÓN

La disertación de Iris N. Ortiz Escribano fue revisada y aprobada por los miembros del Comité de Disertación. El formulario de Cumplimiento de Requisitos Académicos Doctorales con las firmas de los miembros del comité se encuentra depositado en el Registrador y en el Centro de Estudios Doctorales de la Universidad del Turabo.

MIEMBROS DEL COMITÉ DE DISERTACIÓN

Marviliz Ávila Rodríguez, PhD
Universidad del Turabo
Directora del Comité de Disertación.

Jessica Velázquez Rodríguez, PsyD
Universidad del Turabo
Miembro

Vidamarys Zayas Velázquez, PsyD
Universidad del Turabo
Miembro

©Copyright, 2013

Iris N. Ortiz Escribano. Derechos Reservados

OBESIDAD, SOBREPESO Y AUTOESTIMA EN LA NIÑEZ INTERMEDIA

por
Iris N. Ortiz Escribano

Marviliz Ávila Rodríguez, PhD
Directora Comité Disertación

Resumen

El presente estudio se llevó a cabo con niños/as de cuarto, quinto y sexto grado de Escuelas Elementales Públicas, de la Región Educativa de Caguas. La muestra consistió de 61 niños/as con obesidad o sobrepeso, de ambos sexos, entre las edades de nueve a 12 años. Del total de la niños/as 31 eran del sexo femenino y 30 del sexo masculino. La muestra fue escogida por disponibilidad.

Se seleccionó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para analizar cuantitativamente los datos. Las medidas utilizadas fueron la Tabulación cruzada y el Coeficiente de correlación Spearman. El nivel de significancia establecido fue de .05. Las variables de investigación fueron: edad, sexo, escolaridad, ingresos de la familia, fuente de ingresos, status laboral de los padres, tiempo que los niños/as dedicaban a ver televisión, a utilizar videojuegos, computadora, así como el medio de transportación para ir a la escuela. Además, el tiempo dedicado a hacer ejercicios y a practicar deportes, la frecuencia de comidas fuera del hogar; la frecuencia con la que se incluían frutas, vegetales y ensaladas en la dieta del niño/a, el Índice de Masa Corporal (IMC) para medir la obesidad y sobrepeso y la autoestima.

Se encontró que la mayoría de los niños/as tenía una autoestima baja. El 70.5% obtuvo una puntuación total correspondiente a una clasificación de autoestima Media Baja, Baja y Muy Baja en el Cuestionario de Evaluación Multimedia y Multilingüe de la Autoestima (EMMA). El 80.3% obtuvieron puntuaciones Media Baja, Baja y Muy Baja en el Factor Socioemocional. El 74% obtuvieron una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Media Baja, Baja y Muy Baja en el Factor Académico y el 75.4% en el Factor Deportivo. Se encontró una relación inversa entre las variables de Índice de Masa (Corporal IMC) y los Factores Socioemocionales, Académicos y Deportivos de la autoestima, es decir, a mayor peso menor autoestima.

Los factores que se relacionaron con la obesidad y el sobrepeso fueron los ingresos bajos de la familia, ambos padres en la fuerza laboral, frecuencia de las comidas fuera del hogar en restaurantes de comida rápida, la irregularidad en el horario de las comidas, los medios de transportación, el tiempo dedicado a ver televisión y a utilizar videojuegos. El poco tiempo dedicado a hacer ejercicios y a practicar deportes. La poca frecuencia con que se incluían frutas, ensaladas y vegetales en la dieta de los niños/as.

A la luz de los resultados de este estudio se deben orientar y concienciar a los padres sobre la importancia de desarrollar y fortalecer la autoestima de los niños/as, ya que los estudios demuestran que existe una relación entre una baja autoestima y la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se deben concienciar además, sobre la incidencia de la obesidad y el sobrepeso, las consecuencias y de la necesidad de realizar cambios en el ámbito familiar. Estos cambios incluyen sentarse a comer a la mesa, en lugar de frente al televisor, ya que los estudios han demostrado que es más probable que los niños/as que miran televisión mientras comen consuman más calorías. Las comidas

deben ser realizadas en un horario regular, para que los niños/as aprendan la hora apropiada para las comidas y minimicen los refrigerios y meriendas entre comidas. Se deben evitar las comidas rápidas, altas en carbohidratos y grasas. El cuidado preventivo debe incluir la identificación de la obesidad y el sobrepeso, la identificación de cualquier complicación médica que pueda existir y la iniciación del tratamiento. El tratamiento debe ser personalizado y para ello debe efectuarse un buen diagnóstico donde se consideren primordialmente los factores psicológicos, especialmente la autoestima y los factores familiares.

Se deben realizar más investigaciones en el campo de la psicología donde se estudien aquellos factores psicológicos y familiares que inciden en el problema de la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Estos estudios deben estar dirigidos a desarrollar estrategias y técnicas que ayuden a modificar los estilos de vida poco saludable, los patrones de alimentación de los niños/as y de sus familias relacionados con la obesidad, el sobrepeso y la autoestima.

Además, del trabajo con las familias y con los niños/as a nivel individual, las instituciones públicas y privadas pueden desarrollar programas dirigidos a educar y concienciar a la comunidad y a la familia.

DEDICATORIA

A todos los niños y niñas que voluntaria y desinteresadamente participaron de esta investigación haciéndola posible.

AGRADECIMIENTOS

A Milagros Osorio, Enfermera Enlace del Programa de Enfermería Escolar de la Región Educativa de Caguas quien facilitó el contacto con las escuelas participantes y fue la responsable de pesar y medir a los niños/as que participaron en esta investigación.

A Ruth Zamora Santos, Directora Programa Título V, de la Universidad del Turabo quien colaboró en la selección y aplicación del Programa Estadístico (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) para analizar los datos de la presente investigación y nos orientó sobre cómo crear la base de datos para poder analizarlos.

TABLA DE CONTENIDO

Página

LISTA DE TABLAS xi

LISTA DE APÉNDICES xiii

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 1

Antecedentes 1

Planteamiento del problema 1

Marco Conceptual 5

Hipótesis de Investigación 8

Definición de términos 9

Obesidad y Sobrepeso 9

Autoestima 9

Niñez Intermedia 10

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA 11

Factores biológicos y genéticos asociados a la obesidad y el sobrepeso 13

Factores ambientales y psicológicos 15

Importancia de la Autoestima 18

La prevención y tratamiento de la obesidad 20

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 23

Diseño de Investigación 23

Descripción de la población y selección de la muestra 23

Instrumentos de Medición 24

A. Cuestionario para padres/madres o tutores legales 24

B. Cuestionario Multimedia y Multilingüe de Evaluación de la Autoestima ..24

Procedimiento de Recopilación de los Datos.....25

Análisis Estadístico Utilizado.....25

CAPÍTULO IV: RESULTADOS 27

Presentación de los Hallazgos.....27

Hipotesis de Investigación A 37

Hipotesis de Investigación B 43

Resumen de los Hallazgos Principales 44

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS.....46

Discusión de Hallazgos.....46

Conclusiones.....49

Recomendaciones 51

Futuras Áreas de Estudio 52

REFERENCIAS.....54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Distribución por género 27

Tabla 2 Distribución por edades 27

Tabla 3 Valores de Índice de Masa Corporal (IMC) por edad y sexo para riesgo de obesidad y obesidad.....28

Tabla 4 Distribución por grados.....29

Tabla 5 Ingresos de las familias.....30

Tabla 6 Fuente de ingresos.....31

Tabla 7 Composición familiar.....31

Tabla 8 Status laboral de los padres/madres 32

Tabla 9 Tiempo dedicado a ver televisión diariamente 32

Tabla 10 Tiempo dedicado a utilizar videojuegos 32

Tabla 11 Tiempo dedicado a utilizar la computadora.....33

Tabla 12 Medios de transportación.....33

Tabla 13 Tiempo dedicado a realizar ejercicios.....34

Tabla 14 Tiempo dedicado a practicar deportes 34

Tabla 15 Frecuencia de comida fuera del hogar 34

Tabla 16 Frecuencia consumo de frutas.....35

Tabla 17 Frecuencia consumo de vegetales.....35

Tabla 18 Frecuencia consumo ensaladas 36

Tabla 19 Horario de comidas.....36

Tabla 20 Frecuencia del desayuno.....37

Tabla 21 Resultados cuestionario EMMA: Puntuación Total 40

Tabla 22 Resultados cuestionario EMMA: Factor Socioemocional.....41

Tabla 23 Resultados cuestionario EMMA: Factor Académico 42

Tabla 24 Resultados cuestionario EMMA: Factor Deportivo 42

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice A Cuestionario para Padres o Tutores Legales 59

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Antecedentes

En los últimos 20 años la prevalencia de la obesidad en los niños/as ha aumentado significativamente, especialmente en los países más desarrollados según informes del año 2011, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aproximadamente del 25 al 28% de los/las niños/as presentan obesidad infantil. En los últimos 20 años se ha incrementado esta proporción hasta casi un 60% o más (OMS, 2011). Este aumento se ha asociado a una alimentación pobre, agravada en Puerto Rico por la crisis económica y la vida sedentaria.

Planteamiento del problema

La obesidad en los/las niños/as es tan frecuente que ya se considera una epidemia. Se estima que uno de cada diez niños/as es obeso al llegar a los 10 años (OMS, 2011). Las enfermedades a largo plazo que se ven venir como consecuencia de la obesidad en niños/as representan una preocupación en muchos países.

Según estimados recientes de la Organización Mundial de la Salud (2011), en el mundo hay más de 22 millones de niños/as menores de cinco años obesos o con sobrepeso. En Estados Unidos se ha visto que la población que más está desarrollando obesidad infantil es la Afro-Americana y la hispana así como las personas de bajos ingresos. Las prácticas culturales familiares en estas poblaciones parecen tener su influencia en la incidencia de la obesidad infantil, ya que los niños/as hispanos que viven en los Estados Unidos están excedidos/as de peso en proporciones mayores que los niños/as norteamericanos. Bill Dietz, Director de la División de Nutrición y Actividad

Física en el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta (2009), expresó "Una de las incógnitas que me han tenido pensando mucho es el factor o los factores dentro de la población hispana causante de este problema." Similarmente David Bernier, Secretario del Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico (2009), señaló que en Puerto Rico hay 2.5 millones de personas que tienen problemas de sobrepeso, es decir, el 64% de 3.8 millones de habitantes que tiene la Isla.

Un estudio citado en la Exposición de Motivos del Proyecto del Senado 1147, presentado por el Secretario de Recreación y Deportes, David Bernier Rivera, realizado con estudiantes de segundo grado en de Escuelas Públicas y Privadas de Puerto Rico en 1995, reveló lo siguiente: 26 de cada 100 estudiantes de segundo grado tenían un peso sobre el 95% para su edad y sexo y por lo tanto se podían clasificar como obesos, 16 de cada l00 tenían un peso entre 85-94% más alto que el esperado para su edad y sexo, por lo que se podían clasificar como en sobrepeso. Solamente dos de cada 100 estudiantes estaban bajo peso. Al tomar todos estos datos en consideración se puede concluir que solo 56 de cada 100 pertenecían a la categoría de peso saludable.

Este estudio analizó datos correspondientes a 3,022 estudiantes. Un 53% de estos eran niñas y 47% niños. Un 60% tenían siete años y el 37.5 % ocho años. La Región de Salud con mayor porciento de estudiantes con sobrepeso fue la de Caguas-Humacao con un 31% y la de menos porcentaje la Región Metropolitana que obtuvo 22%. Los municipios con mayor proporción de niños/as con sobrepeso en orden descendiente fueron: Gurabo, Humacao, Sabana Grande, Cidra y Guayama. Los municipios con menos proporción de estudiantes con sobrepeso fueron en orden ascendente Adjuntas,

Villalba, Ceiba, Hatillo y Loiza. Este estudio no reveló diferencias estadísticamente significativas por razón de género o tipo de escuela a la que asistía el estudiante.

Estos hallazgos son semejantes a los resultados encontrados en un estudio realizado por el Departamento de la Salud (2006), para estimar la prevalencia de sobrepeso en niños de segundo grado de las escuelas de Puerto Rico, que estimó la prevalencia de sobrepeso para esa población en un 25.7%**.** Este porciento de estudiantes de segundo grado es significativamente mayor al de los niños entre las edades de seis a once años en Estados Unidos; quienes según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) tienen una prevalencia de sobrepeso de 16% comparado con un 26% en Puerto Rico. La incidencia de obesidad y el sobrepeso en la niñez representa un problema en los Estados Unidos y Puerto Rico porque la obesidad está asociada a un sinnúmero de enfermedades entre ellas: la diabetes tipo II, la hipertensión arterial, enfermedades del corazón, problemas ortopédicos, dificultades emocionales, dificultades para respirar, ahogo, interferencias en el sueño, somnolencia, trastornos cutáneos, transpiración excesiva, hinchazón de los pies y los tobillos, trastornos menstruales en las mujeres, asma, cáncer y enfermedad de la vesícula biliar (Diego,Y. 2008). Según el autor, cuando un niño (a) de tres años tiene sobrepeso tiene ocho veces más probabilidad de ser un adulto con sobrepeso, con todos los riesgos que esto conlleva.

Además, los niños/as obesos/as tienen una imagen muy deteriorada de sí mismos y se sienten inferiores y rechazados/as. El acoso del que muchas veces son víctimas dificulta tanto a corto como a largo plazo su desarrollo social y psicológico (Gortmaker, L, Must, A., P Sobol, A. Dietz W.1993); Pearce MJ, Borges, J. & Nansel TR. Overpeck, M. Pilla, RS, Ruan, WJ. Simona-Morton, B. & Scheidt P. (2001). Las consecuencias de

la obesidad relacionadas con condiciones médicas a largo plazo se evidencian en un estudio realizado en el Brigham and Women´s Hospital, asociado a la Universidad de Harvard (Kalson, E; Chibnik LB; Keenan BT; Avi J & Liao PK, Costenbader, KH, 2011). Este estudio siguió a 568 mujeres desde1976 hasta el presente. De las 568 mujeres estudiadas, 121 desarrollaron osteoartritis de cadera y requirieron cirugía. Se encontró que jóvenes de 18 años con sobrepeso, tenían cinco veces más probabilidades de necesitar cirugía de cadera que mujeres jóvenes de peso adecuado. Si bien aquellas que habían sido obesas cuando adolescentes tenían un riesgo más alto, las mujeres obesas en general tenían tres veces más probabilidades que aquéllas de peso adecuado de necesitar reemplazo de cadera. "Este estudio aumenta la evidencia de que es importante hacer que los niños(as) bajen de peso y mantengan un buen estado físico", señaló la autora principal del estudio, la Dra. Elizabeth Karlson. Además, existe entre las personas obesas una mayor propensión a sufrir enfermedades tales como trastornos cardiovasculares, diabetes, elevados niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima (Iruaruzaga, I. Romero, N. Rubio, M & Cabrizo, L. (2001).

En el año 2,000, cerca del 65% de la población adulta estadounidense presentaba sobrepeso u obesidad de acuerdo con el Instituto de Costos y Efectos a la Salud de la Obesidad. En los hospitales de Estados Unidos, el número de condiciones médicas relacionadas directamente con la obesidad en niños(as) entre 6 y 17 años casi se triplicó entre 1979-1981 y 1997-1999, de acuerdo al Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades de Atlanta. Las condiciones de diabetes, enfermedad de la vesícula biliar y apnea durante el sueño asociadas a la obesidad, también aumentaron drásticamente en las últimas dos décadas. El costo en 2001, de la atención médica hospitalaria por

enfermedades infantiles relacionadas con la obesidad, aumentó de 35 millones de dólares a 127 millones anuales durante el período de 20 años. Además, la situación en el futuro puede ser aún peor, ya que los costos por enfermedades y atención médica asociadas con obesidad y el sobrepeso son propensos a incrementarse aún más, en tanto los niños obesos se conviertan en adultos obesos(Pediatría, 2003). La incidencia de la obesidad y el sobrepeso en la población han aumentado tan significativamente que han sido consideradas por el Cirujano General de los Estados Unidos como la epidemia del siglo XXI. El Dr. Waldert Sáez, Ex -Secretario Auxiliar de Salud de Puerto Rico señaló al respecto lo siguiente: "Si no hacemos algo ahora para reducir el índice de obesidad, en especial de la población joven, la expectativa de vida de las generaciones futuras puede reducirse dramáticamente. Esta será la primera generación que morirá antes que sus padres".

Marco Conceptual

Un estudio de la psicología del desarrollo (Papalia, 2002), demuestra que durante los primeros tres años de vida, el cerebro crece y desarrolla significativamente los patrones de pensamiento y respuesta que perdurarán toda la vida**.** Aunque la genética juega un papel importante en determinar las destrezas y habilidades del niño/a, son igualmente importantes las experiencias que provee el medio ambiente donde el niño se desarrolla en sus primeras etapas. La observación e imitación se da a través de modelos que pueden ser los padres, educadores, amigos y hasta los héroes de la televisión de acuerdo a la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986). Los niños pequeños no solo aprenden de los adultos sino que están también influenciados por la publicidad, las comidas que sirven en la escuela y los patrones alimentarios de sus amigos. La imitación

puede darse por instinto, es decir, las acciones observadas despiertan un impulso instintivo por copiarlas, en segundo lugar debido al desarrollo. Los niños imitan las acciones que se ajustan a sus estructuras cognoscitivas y en tercer lugar por condicionamiento. Las conductas se imitan y refuerzan por moldeamiento. Bandura analiza la conducta dentro del marco teórico de la reciprocidad tríadica, las interacciones reciprocas de conductas, variables ambientales y factores personales como las cogniciones. De acuerdo con esta teoría, la gente no se impulsa por fuerzas internas ni es controlada y moldeada automáticamente por estímulos externos. El funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad tríadica en el cual la conducta, los factores personales cognoscitivos y los acontecimientos del entorno son determinantes que interactúan entre sí. El aprendizaje ocurre dada las consecuencias de las propias acciones, o en modo vicario, por la observación del desempeño de modelos. El comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del acondicionamiento operante y clásico, sino que también a través de lo que aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones (Bandura, 1986). Es por eso que las experiencias tempranas del individuo en su ámbito familiar y social serán tan importantes en su formación psicológica y en la forma en que elige y toma decisiones.

La teoría establece que el aprendizaje está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje, a diferencia del aprendizaje por condicionamiento, el aprendizaje social el

que aprende no recibe refuerzo, sino que recae en todo caso en el modelo; aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe refuerzo. Albert Bandura consideró que la teoría del conductismo con énfasis sobre los métodos experimentales la cual focaliza sobre variables que pueden observarse, medirse y manipular y que rechaza todo aquello que sea subjetivo, interno y no disponible (en este método el procedimiento es manipular la variable para luego medir sus efecto sobre otras) era un poco simple para el fenómeno que observaba (estudios sobre la agresión en adolescentes), por lo que decide añadir un poco más a la fórmula. Señala que el ambiente causa el comportamiento, cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también, esto lo definió con el nombre de determinismo recíproco. El mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente; a partir de esto empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres cosas: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en la habilidad que tenemos para guardar imágenes en nuestra mente y lenguaje. Los estudios sobre el aprendizaje observacional han demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin refuerzo obvio y hasta cuando carecen de oportunidad para aplicar el conocimiento, el único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe directamente a otro individuo, o modelo que le lleve a determinada conducta, tal es el caso del experimento del muñeco bobo y el payaso real. El aprendizaje vicario u observacional consiste en aprender observando a otros, de acuerdo con Bandura los efectos de los procesos vicarios pueden ser tan amplios y significativos como los efectos del aprendizaje directo, estos procesos simbólicos pueden generar la adquisición de respuestas nuevas. Partiendo de este marco conceptual se podría esperar entonces que el ambiente familiar, los modelos a

los que haya sido expuesto el/la niño/a, las experiencias tempranas influirán en la autoestima del niño/a Estos factores a su vez influirán en sus hábitos alimentarios y estilo de vida que a su vez contribuirán a decidir si el niño será obeso o no.

Hipótesis de Investigación

Los ingresos bajos de las familias se relacionan con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El que ambos padres trabajen fuera del hogar se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. La frecuencia de las comidas fuera del hogar (restaurantes de comida rápida) se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El tiempo dedicado a ver televisión se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El tiempo dedicado a utilizar videojuegos se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El tiempo dedicado a utilizar la computadora se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Los medios de transportación se relacionan con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. La falta de ejercicios se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia.

El poco tiempo dedicado a practicar deportes se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. La baja frecuencia con que se consumen frutas en la dieta de los niños/as se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. La baja frecuencia con que se consumen vegetales en la dieta de los niños/as se relaciona con el sobrepeso y la obesidad en la niñez intermedia. La baja frecuencia con que se consumen ensaladas en la dieta de los niños/as se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El horario irregular de las comidas se relaciona con la

obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. La obesidad y el sobrepeso se relacionan con una autoestima baja.

Definición de términos

1. **Obesidad y Sobrepeso:** La obesidad se define como el exceso de grasa en el cuerpo y se determina con el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC se calcula dividiendo el peso de la persona en kilos por su altura en metros. Solo medimos el IMC en niños mayores de 24 meses y se considera que son obesos los niños que están por encima del percentil 95 de peso/altura. El IMC es el índice más utilizado para definir la obesidad y es útil en la clasificación del riesgo (Edelstein, 2006). El sobrepeso implica un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25. Estos índices se dividen de la siguiente manera en los adultos:

Clasificación	IMC
Sobrepeso	25-29.9
Adiposidad nivel I (Obesidad leve)	30-34.9
Adiposidad nivel 2 (Obesidad media)	35-39.9
Adiposidad nivel 3 (Obesidad mórbida)	>40

El sobrepeso infantil y en la niñez se establece a partir del Percentil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del percentil 85 (Calzada, 2003). Estas medidas (percentiles) son las que utilizaremos para propósitos de esta investigación.

2. **Autoestima:** La autoestima se refiere a la valoración que hace una persona de sí misma y de sus capacidades y habilidades**.** Para fines de esta investigación se utilizarán los resultados del Cuestionario Multimedia y

Multilingüe de Evaluación de la Autoestima (EMMA) para determinar los valores asociados a una autoestima baja, alta o promedio.

3. **Niñez Intermedia:** La niñez intermedia comprende las edades entre seis y once años. A esta etapa a menudo se le llama los años escolares. En esta etapa la escuela es la experiencia central y es un punto focal para el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial (Papalia et al, 2002). Para fines de esta investigación se seleccionarán solamente niños y niñas de nueve a doce años, ya que el Cuestionario Multimedia y Multilingüe está validado solo para niños y niñas de las edades comprendidas en ese rango.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

La Organización Mundial de la Salud (2011) define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social" considera la obesidad infantil como una enfermedad con consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan la autoestima del sujeto. La obesidad también se define como el exceso de grasa en el cuerpo. La misma se determina midiendo el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso de la persona en kilos por su altura en metros. Solo se mide el IMC en niños/as mayores de 24 meses. El sobrepeso infantil y en la niñez se establece a partir del percentil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del percentil 85 (Calzada, 2003). La alta incidencia de obesidad y el sobrepeso en la niñez se han relacionado con varios factores. Entre estos se encuentran los estilos de vida sedentarios propiciados por una mayor dependencia en la tecnología y medios de transportación pasivos. Hoy día los/las niños/as miran televisión o juegan videojuegos durante horas. La Academia Americana de Pediatría (AAP por sus siglas en inglés), recomienda que niños/as mayores de dos años no vean más de dos horas televisión por día y los menores de dos años no vean televisión. No obstante, un estudio realizado por Mendoza, J.A; Zimmerman, F.J. & Christakis, D.A. (2007) que involucró un grupo diverso de 1,800 niños preescolares de dos a cinco años, con respecto a su número de horas frente a la televisión o en el uso de la computadora encontró que el 30.8% de los niños/as preescolares excedieron la recomendación de APP con solo el número de horas frente a la televisión, aparte del tiempo pasado en usar la computadora. Este estudio comparó a los niños que vieron más de dos horas de televisión o videos con aquellos que vieron dos horas o menos, y los que

utilizaban la computadora con niños que no la usaban. Luego relacionaron esos hábitos con varios resultados de salud relacionados con la obesidad para lo cual utilizaron la Encuesta Nacional del Examen de Salud y Nutrición que realiza el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (2011). La mayoría vio de una a tres horas de televisión o videos durante el día de la evaluación. Los niños que sobrepasaron la recomendación de AAP sobre el número de horas frente a la televisión o videos tenían un riesgo más alto de ser obesos. El uso de la computadora por los niños/as también correlacionó con un nivel más alto de grasa corporal, pero el estudio no mostró una correlación con el peso en general, posiblemente a causa del número relativamente bajo de los niños preescolares que usaron la computadora durante el periodo de investigación. Otros factores asociados a la obesidad en la niñez y el sobrepeso son la reducción en la cantidad y accesibilidad de lugares donde ejercitarse y una reducción en el número de horas dedicadas a la actividad física tanto dentro como fuera del horario escolar (Krahnstoever y Lawson, 2006). Igualmente el aumento en calorías ingeridas debido a una mayor promoción, consumo y accesibilidad de alimentos de bajo valor nutricional y alto contenido calórico. Otros factores relacionados son el alto costo y menos disponibilidad de frutas y vegetales frescos y el aumento en el número de comidas realizadas fuera del hogar (Robert, J., Baxter, J. & McGuire, M. y Linde, 2006); porciones agrandadas, estrés, irregularidades con los horarios de la comida, omitir el desayuno y el tener ambos padres en la fuerza laboral. Entre los factores psicológicos asociados se encuentran las dificultades en las relaciones interpersonales, baja autoestima y distorsiones en el autoconcepto. Los factores genéticos y biológicos son igualmente importantes y han sido estudiados en la literatura.

Factores biológicos y genéticos asociados a la obesidad y el sobrepeso

Recientemente se ha descubierto una proteína que es la clave junto a la comida en exceso y la falta de ejercicio, para explicar la obesidad. Científicos de la Universidad McGill de Montreal (Canadá), manifestaron que esta es la primera vez que se identifica un receptor proteínico presente en las células grasas que es importante en el metabolismo. Esta proteína, la C5L2, está formada por tejido graso, se encuentra en la superficie de las células grasas y activa una hormona específica para aumentar la producción de lípidos (Cianflone, 2003).

Similarmente una investigación publicada en el "American Journal of Clinical Nutrition" y realizada por científicos de la Universidad de Johns Hopkins, confirma mediante el uso de absorciometría de energía de rayos X dual (DXA por sus siglas en inglés); que el riesgo de desarrollar obesidad se encuentra en nuestros genes. Los investigadores estudiaron a un grupo de 101 niñas de 8-9 años y sus padres biológicos. Los padres fueron sometidos a distintos tipos de mediciones, entre otras cosas, midieron la grasa corporal, la composición corporal, los niveles de potasio y el índice de masa corporal. Los resultados muestran que la composición de la grasa corporal de las niñas medida con DXA- es similar a la de sus padres. Así, las hijas de padres obesos o con sobrepeso tienden a tener un índice de masa corporal superior a lo apropiado para su edad. Además, los autores subrayan que su estudio ayuda a conocer qué niños requieren intervenciones preventivas para evitar las complicaciones derivadas de la obesidad. Este estudio también demostró que los primogénitos y aquellos cuyas madres tenían un índice de masa corporal más elevado tenían una mayor probabilidad de estar excedidos de peso

a los siete años. Estos hallazgos confirman investigaciones previas que habían revelado las mismas asociaciones (Donato, 2005).

También se ha asociado un tipo de virus con la obesidad en la niñez. Los científicos de la Universidad de California en San Diego (Schwimmer, et al, 2010), encontraron que los/las niños/as obesos que tienen anticuerpos específicos de un tipo de virus, pesaban 34.7 libras más que los niños que no lo tienen. No es la primera vez que se asocia un virus a la obesidad. Estudios previos con animales también han encontrado esta asociación, pero los resultados han sido ampliamente cuestionados. Anteriormente se ha vinculado el adenovirus 36 (AD36) y la obesidad en humanos adultos. Pero hasta ahora se desconoce cómo infecta a la gente el AD36 y por qué afecta de distinta forma a los seres humanos.

Existen unas 55 variedades de adenovirus, que son responsables de cerca del 10% de los resfriados comunes y de las infecciones estomacales e intestinales que suelen afectar a los niños/as. Este estudio se centró en sólo una de estas cepas, la misma que había sido previamente asociada a la obesidad en animales y adultos humanos. En el estudio participaron 124 niños/as de entre ocho y 18 años de edad, la mitad de los cuales fueron considerados obesos por su Índice de Masa Corporal. Los científicos encontraron anticuerpos del AD36 en 19 de los niños/as, 15 de los cuales pertenecían al grupo de obesos. Dentro de este grupo de niños/as obesos, los que mostraban evidencia de haber estado contagiados con el AD36 pesaban en promedio 34.7 libras más que los niños(as) obesos que no tenían anticuerpos del AD36.

El principal investigador de este estudio, Jeffrey Schwimmer, espera que esta investigación cambie la actitud hacia las personas obesas. La obesidad infantil se ha

triplicado en los últimos 30 años. Y hasta ahora no se ha podido comprobar cuál es la causa de este enorme aumento. “Mucha gente cree que la obesidad es culpa del individuo o de sus padres o su familia” expresó el investigador. “Este trabajo ayuda a comprender que el peso corporal es más complicado de lo que pensamos”, agregó. “Y es tiempo de que dejemos de buscar culpables y que empecemos a desarrollar un nivel de entendimiento que apoye los esfuerzos tanto de prevención como de tratamiento”. “Estos datos fortalecen el concepto de que una infección puede ser la causa o un contribuyente de la obesidad” señaló el científico.

Otros expertos afirman, sin embargo, que todavía se necesitan muchas más investigaciones para comprobar esta teoría. Julián Hamilton-Shiel, experto en diabetes y profesor de endocrinología metabólica de la Escuela de Ciencias Clínicas de la Universidad de Bristol, Inglaterra, cree que este “es un estudio interesante, aunque pequeño y no es definitivo”. “No muestra una causa, sólo una asociación, por ejemplo, podría ser que la gente obesa esté en mayor riesgo de contagiarse con el AD36”. “Sin embargo, el estudio ofrece evidencia que responde a los argumentos de que el AD36 podía estar implicado de alguna forma en la obesidad infantil", señala el experto.

Factores ambientales y psicológicos

La obesidad también se ha relacionado con factores ambientales y psicológicos. El Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Tommy G. Thompson (2003), consideró que los niños norteamericanos están “pagando el precio con su salud” por los estilos de vida cada vez más sedentarios y las dietas poco saludables. Thompson recomendó la educación física escolar como una forma de alentar un estilo de vida activo entre los niños(as), ante el preocupante avance de la obesidad infantil. “Un cuarto de

escolares norteamericanos no concurren a las clases de educación física en el colegio", señaló. En Puerto Rico la ley establece que en cada escuela debe haber un maestro/a de Educación Física pero esta ley no se cumple a cabalidad.

En España, la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (Smumfyc, 2011), ha advertido del aumento de casos de obesidad infantil entre los escolares murcianos que desayunan solos, un hábito que practican tres de cada diez escolares, mientras que uno de cada diez ni siquiera lo hace. Smumfyc (2011) atribuye al consumo de productos de repostería durante el desayuno el aumento de la prevalencia de obesidad entre los niños y jóvenes de la Región. El presidente de la Sociedad, Juan de Dios González Caballero, ha expresado "la necesidad de implicar a los padres y madres y a los centros escolares para que adopten hábitos de alimentación correctos". De hecho, indicó que los escolares que desayunan solos "suelen tomar el doble de productos de repostería que los que lo hacen en compañía de sus padres", e indicó que este tipo de productos "contienen grasas con alto contenido calórico y bajo valor nutricional que incrementan el nivel de colesterol y aumentan el número de enfermedades cardiovasculares como la obesidad". De acuerdo con los médicos de familia de la Sociedad Murciana, el desayuno es uno de los momentos más importantes del día, aunque "a menudo se ignoran los beneficios que aporta una dieta saludable y los perjuicios que a la larga entraña abandonarla". Por esta razón, el doctor González Caballero aconseja a las familias que realicen desayunos completos que deben incluir lácteos, cereales y frutas, que pueden tomarse en forma de jugo natural y sin azúcar añadida.

“La fruta es, por lo general, la gran ausente de la primera comida del día, por lo que una de nuestras batallas como profesionales de la salud en la Región es conseguir que cada murciano consuma, al menos, tres raciones de fruta a lo largo del día”, sugiere el presidente de Smumfyc, quien recuerda que los médicos de familia llevan años reclamando la retirada de productos de repostería en colegios e institutos y exigiendo la nutrición en los temas curriculares de todos los niveles escolares. En su propósito de aumentar los conocimientos deficientes sobre dietas detectados en las consultas, los médicos de familia de Smumfyc proponen elevar el consumo de frutas y hortalizas y reducir el exceso de grasas y alcohol en las comidas. De hecho, la Sociedad indicó que está demostrado, según estudios de Smumfyc, que en la mayoría de los hogares se realiza un consumo excesivo de grasas, por lo que el doctor González Caballero recalcó que lo “más eficaz sería disminuir la ingesta de grasas y al mismo tiempo aumentar el de frutas y verduras y realizar más ejercicio físico”. Médicos de familia de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria realizan durante todo el curso charlas en colegios con asociaciones de padres y profesores con el objetivo de transmitir de forma adecuada los beneficios de una alimentación variada y equilibrada frente a los riesgos de otros hábitos y excesos. Otros de los problemas psicosociales relacionados con la obesidad son los provocados por la discriminación social y las dificultades para relacionarse con los demás que sufre una persona obesa y que afectan su vida desde la niñez hasta la vida adulta. Ejemplos de estos problemas son: problemas de autoestima, cambios en la autoimagen, particularmente durante la adolescencia, e introversión, a menudo seguida de rechazo social. Estudios demuestran, que los niños con obesidad son menos aceptados y más rechazados que los niños no obesos (Mahoney y Lord, 2005). Según estos autores,

desde los tres años de edad, los niños muestran una percepción negativa con respecto a la obesidad y esto permanece a lo largo de la niñez.

Importancia de la Autoestima

Una investigación que involucró a 6,500 personas en el llamado estudio de Cohorte de nacimientos británicos en los años setenta encontró que los niños(as) de diez años que mostraban una baja autoestima tendían a ser más gordos al llegar a la adultez (Ternouth, A. Collier, D., Maughan, B., 2009). Este estudio llevado a cabo por científicos del King´s College de Londres tomó un registro de niños/as a los diez años con medidas de su índice de masa corporal (IMC) y de su autopercepción, así como una prueba de sus problemas emocionales. Los problemas emocionales durante la infancia y la autoestima fueron medidos con la Escala de Rutter. Se trata de un estudio con una metodología bien diseñada. Cuando los individuos cumplieron 30 años, se tomó nuevamente un registro de su índice de masa corporal (IMC). Los investigadores encontraron que los niños/as con una baja autoestima, los que se sentían con menos control sobre sus vidas y los/las que se preocupaban más a menudo, mostraron más probabilidades de aumentar de peso en los siguientes 20 años. El Dr. Andrew Ternouth, principal investigador del estudio señaló lo siguiente: “aunque no podemos decir que los problemas emocionales de la infancia causan obesidad más tarde en la vida, ciertamente si podemos decir que estos juegan un papel importante junto con otros factores tales como el IMC de los padres, la dieta y el ejercicio”. Otro de los investigadores, el profesor David Collier, afirmó: “lo que es novedoso en este estudio es que la obesidad siempre ha sido considerada un trastorno médico metabólico”. Cabe señalar que este estudio supone que a los diez años no existían problemas de sobrepeso previo en los

niños/as que manifestaron una baja autoestima y que la baja autoestima pudo ser ocasionada al menos en parte, por su propia obesidad infantil. Similarmente, Direnfeld (2003), encontró que el peso y la imagen corporal juegan un papel importante en la determinación de la autoestima y que los problemas con el peso están frecuentemente ligados a una baja autoestima. Goldberg (2002) señala que una de las principales consecuencias de la obesidad es la perdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un problema de depresión, por lo que algunos/as pueden tratar de compensar dicha depresión utilizando la comida para manejarla entrando a su vez en un círculo vicioso muy peligroso.

De acuerdo con Branden (2011), la autoestima tiene dos componentes básicos: un sentimiento de competencia personal y un sentimiento de valor personal. Estos dos componentes reflejan tanto su juicio implícito de su capacidad para sobrellevar los retos de la vida así como su creencia de que sus intereses, derechos y necesidades son importantes. Señala además, que las personas con niveles elevados de autoestima enfrentan la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo. Tienen mayores probabilidades de alcanzar sus objetivos emocionales, creativos y espirituales así como de experimentar éxito, satisfacción y alegría. Son más fuertes y están mejor equipados para sobrellevar las adversidades de la vida y tienen mayor probabilidad de formar relaciones fortificantes, en lugar de destructivas. Este autor afirma que la autoestima es la suma integrada de autoconfianza y auto respeto. Es el grado de convencimiento de que uno/a es competente para vivir y merecer vivir. De ahí la importancia de que los niños /as desarrollen una autoestima saludable y la necesidad de trabajar con aquellos factores, entre ellos la obesidad y el sobrepeso que puedan afectar su autoestima.

La prevención y tratamiento de la obesidad

Puerto Rico se ha inspirado para sus estrategias de prevención de la obesidad en Estados Unidos y otros países, incluyendo el Programa "Get Moving Puerto Rico" modelado de una iniciativa brasileña para organizar caminatas en grupo y otras actividades. "Puerto Rico in Shape" fue otro Programa que lanzó el Gobierno de Puerto Rico hace unos años a un costo de ocho millones de dólares para contratar instructores de gimnasia y nutricionistas en cada pueblo. Entre las estrategias de los gimnasios se encuentran los videojuegos con los que juegan los participantes presionando unos sensores y pedaleando bicicletas fijas. A nivel individual un buen cuidado preventivo debe incluir la identificación de la obesidad, la identificación de cualquier complicación, y la iniciación del tratamiento. El tratamiento debe ser personalizado y para ello debe efectuarse un buen diagnóstico donde se consideren también factores psicológicos y familiares. Las medidas a tomar básicamente son modificar el estilo de vida, los hábitos alimentarios y hacer más ejercicios (Gutiérrez, 2005). Las opciones disponibles para el tratamiento de la obesidad en niños son limitadas. En adultos con obesidad, hay medicamentos disponibles para ayudar a suprimir el apetito o que interfiera con la absorción de grasas. El uso de estos medicamentos no ha sido estudiado en poblaciones pediátricas. En niños/as obesos y/o sobrepeso, los pilares de la terapia incluyen dieta y ejercicio, ambos importantes para el control del peso sea exitoso, modificar el estilo de vida y los hábitos alimentarios.

En niños en crecimiento el objetivo del control del peso es a menudo el mantenimiento del peso. Los objetivos de calorías pueden ser estimados más efectivamente trabajando con un experto en nutrición quien puede asesorar a la familia

acerca de dichos objetivos, cómo estimar los tamaños de las porciones, y cómo hacer las elecciones apropiadas en cuanto a alimentos. El ejercicio debe consistir de 30 minutos de actividad aeróbica (caminar energéticamente, nadar, o andar en bicicleta) todos los días.

Las terapias del comportamiento también son útiles en el tratamiento de la obesidad. La mejor técnica es que el niño se vigile a sí mismo, manteniendo un diario del ejercicio realizado y los alimentos ingeridos. Los cambios en el comportamiento que son importantes incluyen sentarse a comer en la mesa, en lugar de comer frente a la televisión ya que, los estudios han demostrado que es más probable que los niños que miran la televisión consuman más calorías (Mendoza Zimmerman, F. J. &Christarcis, D., 2007). Las comidas deben de ser hechas en un horario regular, para que el niño aprenda la hora apropiada para las comidas y minimice la ingesta de aperitivos entre comidas. Desayunar todos los días es bien importante. Fortalecer la autoestima y alentar al niño a tratar el control de peso con una actitud positiva también contribuirán a alcanzar el éxito.

Concienciar a los padres sobre las consecuencias de la obesidad y cómo prevenirla desde la infancia. Las acciones terapéuticas deberán iniciarse en el momento de identificar un problema de sobrepeso o de identificar factores de alto riesgo. El acercamiento terapéutico del niño con obesidad en el primer nivel de atención debe ser preventivo dirigido a la modificación del estilo de vida y a mejorar el patrón de alimentación. Además, de desarrollar programas dirigidos a la educación de la comunidad y de la familia. Crear espacios y áreas verdes para que los niños puedan ejercitarse libre de costo.

Los mensajes que los niños vean en su hogar deben ser consistente y enseñarles a comer de manera saludable. También los padres pueden tener un papel activo en el

entorno, por ejemplo en la escuela, exigiendo comidas saludables para sus hijos/as. Evitar las comidas rápidas altas en grasas y carbohidratos. Proveer a los niños con una dieta equilibrada contenga gran variedad de alimentos. Lo importante es minimizar los azúcares (bizcochos y dulces) y las grasas saturadas. Las porciones varían mucho de niño a niño por lo que se debe consultar con un nutricionista.

Es importante enseñarles a los niños/as a escuchar su cuerpo y comprender las señales que éste les da, la señal de hambre, la señal de saciedad, y no obligarles a comer cuando nos dicen que ya no pueden más. A menudo los padres usan la comida para hacerles pequeños chantajes a los hijos. Si evitan darles este mensaje confuso a sus pequeños, les ayudaran a comprender que la comida es una necesidad y no una recompensa.

Servir la mayor variedad posible de alimentos para que el niño/a se convierta en un adulto que coma de todo. Es mejor no acostumbrar al niño/a comidas muy cargadas de sabores: mientras más naturales sean los alimentos mejor. Acostumbrar al niño/a la variedad, el niño/a por su cuenta irá ampliando el alcance de los sabores y las texturas. Servir los vegetales antes de la fruta, porque los niños/as tienen una tendencia natural a preferir lo dulce. Estimular a los niños/as para que se ejerciten diariamente. Evitar que los niños/as permanezcan tantas horas sentados frente a la computadora, la televisión y las consolas de videojuegos. Fomentar el que los niños practiquen y se aficionen a algún deporte que los mantenga activos. Por lo menos tres o cuatro veces por semana deben caminar, bailar, brincar cuica, montar en bicicleta o practicar algún deporte. Ofrecer educación física en todas las escuelas públicas y privadas del país.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Diseño de investigación

En la presente investigación se utilizó un diseño no experimental cuantitativo. Este tipo de investigación se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Lo que hicimos fue observar fenómenos tal como se daban en su contexto natural, y después se analizaron. En la investigación no experimental cuantitativa las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo de las variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron al igual que sus efectos (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2008).

La presente investigación es de tipo transversal de naturaleza descriptiva y correlacional. Se relacionaron las variables socio-demográficas, la información suministrada por los padres mediante una tabulación cruzada. Las puntuaciones obtenidas por los niños/as en el Cuestionario Multilingüe y Multimedia de la Autoestima (EMMA) se correlacionaron con el sobrepeso y la obesidad medida mediante el índice de Masa Corporal. Para realizar el análisis estadístico utilizamos el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

Descripción de la población y selección de la muestra

La población consistió de todos los niños obesos y en sobrepeso entre las edades de nueve a doce años que asistieron a las escuelas públicas de la Región Educativa de Caguas durante el periodo de estudio. La muestra fue seleccionada por disponibilidad.

Se logró alcanzar un número de 61 niños y niñas identificados como obesos y en sobrepeso por el Programa de Enfermería Escolar de la Región Educativa de Caguas.

Instrumentos de Medición

A. **Cuestionario para padres/madres o tutores legales**

Mediante el cuestionario administrado al padre o tutor legal del niño/a se recogieron datos socio-demográficos de la familia y variables asociadas en la literatura con el aumento de peso en los niños/as tales como tiempo que dedicaban a ver televisión y a utilizar videojuegos, tiempo dedicado a hacer ejercicios, frecuencia de comidas fuera del hogar y frecuencia con la que incluían en su dieta frutas, vegetales y ensaladas entre otras variables. Este Cuestionario les tomó completarlo a los padres media hora o menos (Anejo A).

B. **Cuestionario Multimedia y Multilingüe de Evaluación de la Autoestima**

Se utilizó el Cuestionario Multimedia y Multilingüe de Evaluación de la Autoestima (EMMA) para evaluar la autoestima en los niños/as. EMMA es un cuestionario diseñado para la evaluación de la autoestima en niños y niñas de nueve a trece años. Este instrumento permite obtener puntuaciones de autoestima global y de sus principales facetas académica, socioemocional y deportiva. Se caracteriza por estar destinado específicamente a estas edades (nueve-trece años), tanto por la sencillez de su vocabulario como por su brevedad (30 ítems). Se administra directamente en el ordenador (computadora) y el propio “software” realiza la corrección y genera un informe de resultados. Su formato multimedia con ilustraciones animadas resulta especialmente atractivo para los niños/as. La evaluación puede realizarse en distintos idiomas (español, catalán, euskera, inglés,

francés, chino, turco, árabe y tamazight), y dispone para su administración a niños/as con discapacidad visual o auditiva. Este Cuestionario se vende comercialmente y tiene derechos de autor. El tiempo que les requirió a los niños/as del estudio realizar el mismo fue de 15 minutos o menos.

Procedimiento de Recopilación de los Datos

El Programa de Enfermería Escolar lleva un registro de la evaluación de salud de todos los estudiantes y cuando detecta el sobrepeso u obesidad en los niños/as notifica a los padres o encargados y hace un referido al Programa de Nutrición. Una vez identificados los niños/as por las Enfermeras procedimos a contactar a los padres o encargados mediante comunicación escrita. En la misiva se les explicó a los padres el propósito del estudio y se les solicitó el permiso para que sus hijos/as participaran del estudio. Una vez recibimos su contestación y el permiso firmado procedimos a citar a los en la Escuela para completar el Cuestionario para Padres y/o Tutores Legales. Los Cuestionarios a los niños/as fueron administrados en un lugar privado en la Escuela y coordinado con la Directora Escolar. Todos los niños/as participantes firmaron el documento de Asentimiento donde expresaron su deseo de participar en el estudio y donde aceptan que se les habían aclarado todas sus dudas con respecto a la investigación.

Análisis Estadístico Utilizado

Los datos obtenidos del Cuestionario administrado a padres/madres o tutores y del Cuestionario Multilingüe y Multimedia de la Evaluación de la Autoestima (EMMA) fueron sometidos a los siguientes análisis estadísticos: prueba de correlación Spearman, tabulación cruzada de las variables de investigación, medidas de tendencia central,

promedios, frecuencia y por cientos. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para realizar el análisis estadístico.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Presentación de los Hallazgos

Las tablas que se presentan a continuación corresponden a los datos obtenidos del cuestionario administrado a padres/madres o tutores legales de los niños/as participantes en la investigación. Mediante este cuestionario se recogieron datos sociodemográficos de las familias de los niños/as y hábitos relacionados con su dieta, además del uso del tiempo libre por parte de los niños/as. Para el análisis estadístico de los datos obtenidos mediante este cuestionario se utilizó la tabulación cruzada utilizando el programa de computadora Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

Cuando analizamos los datos del cuestionario encontramos que los niños estaban distribuidos prácticamente en forma pareja, es decir, el 51% pertenecía al sexo femenino y el 49% al sexo masculino.

Tabla 1. Distribución por género

Sexo	Frecuencia	Por ciento (%)
Femenino	31	51%
Masculino	30	49%
Totales	**61**	**100%**

Con respecto a las edades, el promedio de edad fue de 10.5 años.

Tabla 2. Distribución por edades

Edad	Frecuencia	Por ciento
9	19	31.1
10	22	36.1
11	18	29.5
12	2	3.3
Totales	**61**	**100%**

La siguiente Tabla está basada en las curvas de percentiles estandarizados para el Índice de masa corporal (IMC) para niños y niñas de dos a 20 años, por el Centro Nacional de Estadísticas para la Salud en colaboración con el Centro Nacional para el Control y Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud de los Estados Unidos (2,000). Basándonos en esta información suministrada por los Centros citados, se encontró que el 97% de los niños/as pertenecía al grupo de obesidad y el 3% pertenecía al grupo a riesgo de obesidad.

Tabla 3. Valores de Índice de Masa Corporal (IMC) por edad y sexo para riesgo de Obesidad y Obesidad.

Edad	Sexo	IMC	Sobrepeso (A riesgo de Obesidad)	Obesidad
10	M	38.4		X
11	M	27.9		X
11	F	28.2		X
11	F	24.1		X
11	F	24.6		X
10	F	23.8		X
11	M	27.8		X
10	F	28.4		X
9	F	24.6		X
9	F	26.4		X
9	M	24.1		X
10	M	27.5		X
9	M	21.1	X	
9	F	25.1		X
9	F	26.2		X
11	M	27.0		X
11	F	24.0	X	
9	F	25.7		X
9	F	26.2		X
10	F	29.1		X
10	F	29.8		X
12	M	30.2		X
11	F	31.6		X
10	F	34.6		X
9	F	25.0		X
11	M	29.3		X

11	M	27.4		X
10	F	25.0		X
9	F	25.6		X
9	F	25.0		X
9	M	35.4		X
11	M	25.6		X
10	M	29.1		X
11	M	29.3		X
11	F	28.3		X
12	F	27.3		X
10	F	27.3		X
10	F	26.6		X
10	F	31.5		X
10	M	28.3		X
9	F	26.7		X
9	M	27.6		X
9	F	27.7		X
10	M	27.1		X
10	F	24.0		X
10	M	30.0		X
11	F	28.6		X
11	M	28.7		X
11	F	27.7		X
11	M	30.0		X
11	F	36.0		X
10	F	29.2		X
10	M	31.4		X
11	M	31.2		X
10	M	28.1		X
10	M	25.1		X
9	M	27.1		X
10	M	31.3		X
10	M	31.3		X
9	M	32.9		X
9	M	29.6		X
Totales	**31F/30M**	**-**	**2**	**59**

Tabla 4. Distribución por grados

El 31.1% de los niños/as estaba en cuarto grado, el 34.4% en quinto grado y el 32.8% en sexto grado. Solo un niño/a estaba en salón contenido.

Grado	Frecuencia	Por ciento (%)
Cuarto grado	19	31.1
Quinto grado	21	34.4
Sexto grado	20	32.8
Salón/contenido	1	1.6
Totales	**61**	**100%**

El 55.8% de las familias tenía ingresos que fluctuaban entre 0 y $12,000 anuales. El 41% tenía ingresos entre $12,001 y $30,000 anuales. El 2% tenía ingresos mayores de $30,000 anuales. El ingreso promedio fue $10,500.

Tabla 5. Ingresos de las familias

Ingresos	Frecuencia	Por ciento (%)
$0-$3,000	12	19.7
$3.001-$6,000	7	11.5
$6.001-$9,000	7	11.5
$9,001-12,000	8	13.1
$12,001-15,000	6	9.8
$15,001-18,000	7	11.5
$18,001-21,000	5	8.2
$21,001-24,000	4	6.6
$24,001-27,000	1	1.6
$27,001-30,000	2	3.3
$30,001>	2	3.3
Totales	**61**	**100%**

La fuente de ingreso principal de las familias estudiadas fue el salario (34.4%), seguido por los Cupones de Alimento (14.8%) y la Pensión Alimentaria de los menores (32.7%).

Tabla 6. Fuente de ingresos

Fuente	Frecuencia	Por ciento (%)
Salarios	21	34.4
Cupones de Alimento	9	14.8
Salarios y Pensión Alim.	5	8.1
Salarios, Cupones y Pensión Alimentaria	6	9.8
Cupones y Pensión Alimentaria	20	32.7
Totales	**61**	**100%**

Casi la mitad de los niños/as (El 47.5%) vivía solamente con la madre como jefe de la familia. El 36.1 vivían con ambos padres y el restante de los niños/as vivían con padres/madres y abuelos/as.

Tabla 7. Composición familiar

El niño/a vive con…	Frecuencia	Por ciento (%)
madre	29	47.5
padre	3	4.9
Ambos padres	22	36.1
Abuelos	2	3.3
Madre y abuelos	4	6.6
Padre y abuelos	1	1.6
Totales	**61**	**100%**

De los 22 niños/as que vivían con ambos padres, el 54.5% de ambos padres trabajaban fuera del hogar. De un total de 29 niños/as que vivían solamente con la madre, 15 de ellas trabajaban fuera del hogar (51.7%). En el 25% de las familias solamente el padre trabaja. En el 34% de las familias ninguno de los padres trabajaban fuera del hogar. Dos de los niños/as vivían con abuelos retirados.

Tabla 8. Status laboral de los padres/madres

Status laboral de los padres/madres	Frecuencia	Por ciento (%)
Ambos padres trabajaban	12*	20%
Solamente la madre	15	25%
Solamente el padre	10	17%
Ninguno de los padres/madres trabajaban	20	34%
Solamente el padrastro	2	3%
Totales	**59**	**100%**

*De los 22 niños/as que vivían con ambos padres. Dos de los niños/as vivían con abuelos retirados.

La mayoría de los niños/as veían televisión más de dos horas al día (54.1%). El 95.1% de los niños/as veía televisión durante la semana. El 4.9% veía televisión menos de una hora a la semana, el 36.1% de los niños/as veían televisión entre una y dos horas a la semana. Solamente un 4.9% de los niños/as no veía televisión durante la semana.

Tabla 9. Tiempo dedicado a ver televisión diariamente

Tiempo	Frecuencia	Por ciento (%)
< una hora	3	4.9
Una hora	12	19.7
Una 1.5hora y dos hora	10	16.4
Más de 2 horas	33	54.1
No ve televisión (días de clases)	3	4.9
Totales	**61**	**100%**

El 85.2% de los niños/as utilizaba videojuegos durante la semana. El 47.5% los utilizaba ente una y dos horas a la semana. El 14.8% no utilizaba videojuegos durante la semana.

Tabla 10. Tiempo dedicado a utilizar videojuegos

Tiempo	Frecuencia	Por ciento (%)
< una hora	15	24.6
Una hora	23	37.7
Entre 1.5 hora y dos horas	6	9.8

Más de dos horas	8	13.1
No utiliza videojuegos	9	14.8
Totales	**61**	**100%**

El 63.9 % de los niños/as no utiliza la computadora y el 36.1% de los niños/as las utilizaba durante la semana entre una y dos horas. Los/las niños/as que no utilizaron la computadora señalaron que no las utilizaban o porque no tenían o porque estaba dañada cuando realizamos la investigación.

Tabla 11. Tiempo dedicado a utilizar la computadora

Tiempo	Frecuencia	Por ciento (%)
< una hora	9	14.8
Una hora	7	11.5
Entre 1.5 y dos hora	3	4.9
Más de dos horas	3	4.9
No utiliza la computadora	39	63.9
Totales	**61**	**100%**

La mayoría de los niños/as se transportaba en auto o en guagua escolar a la escuela (82%). Solamente un 16.4 caminaba hasta la escuela.

Tabla 12. Medios de transportación

Medio de transportación para ir a la escuela	Frecuencia	Por ciento (%)
En automóvil o guagua escolar	50	82.0
Caminando	10	16.4
A veces caminando y otras en automóvil	1	1.6
Totales	**61**	**100%**

El 65.6% de los niños/as no realizaban ningún tipo de ejercicio. El 13.1% realizaba ejercicios entre una y dos horas a la semana. Solamente el 6.6% niños/as realizaba ejercicios más de dos horas a la semana.

Tabla 13. Tiempo dedicado a realizar ejercicios

Tiempo	Frecuencia	Por ciento (%)
< una hora	9	14.8
Una hora	7	11.5
Entre 1.5 y dos horas	1	1.6
Más de dos horas	4	6.6
No realiza ejercicios	40	65.6
Totales	**61**	**100%**

El 44.3% de los niños/as no practicaba ningún tipo de deporte. El 16.4% practica algún deporte entre una y dos horas a la semana y el 24.6% de los niños/as practicaba deportes más de dos horas a la semana.

Tabla 14. Tiempo dedicado a practicar deportes

Tiempo por semana	Frecuencia	Por ciento (%)
< una hora	2	3.3
Una hora	5	8.2
Entre 1.5 y dos horas	5	8.2
Más de dos horas	15	24.6
No practica deportes	34	44.3
Totales	**61**	**100%**

El 52.4% de las familias de los niños/as realizaba por lo menos una vez por semana comidas fuera del hogar. El 14.7% realizaba comidas fuera del hogar dos veces por semana, el 6.6% de las familias realizaba más de tres veces por semana comidas fuera del hogar y el 14.8% de las familias no realizaba comidas fuera del hogar.

Tabla 15. Frecuencia de comidas fuera del hogar

Número de veces	Frecuencia	Por ciento (%)
Una vez por semana	32	52.4
Dos veces por semana	9	14.8
Tres veces por semana	4	6.6
Más de tres veces por semana	7	11.4

No realiza comidas fuera del hogar	9	14.8
Totales	**61**	**100%**

El 21.3% de los niños/as no comen fruta. Solo el 19.7% come frutas todos los días. El 19.7% come frutas un día por semana, el 6.5% dos veces por semana, el 19.7% tres veces por semana y el 13.1% más de tres veces por semana.

Tabla 16. Frecuencia consumo de frutas

Número de veces	Frecuencia	Por ciento (%)
Todos los días	12	19.7
Un día por semana	12	19.7
Dos veces por semana	4	6.5
Tres veces por semana	12	19.7
Más de tres veces por semana	8	13.1
No consume frutas	13	21.3
Totales	**61**	**100%**

La mayoría de los niños/as no consumían vegetales (62.3%). Solamente el 1.6% come vegetales más de tres veces por semana. El 14.8% consume vegetales un día por semana, el 11.5% consume vegetales dos veces por semana y el 9.8% consume vegetales tres veces por semana.

Tabla 17. Frecuencia consumo vegetales

Número de veces	Frecuencia	Por ciento (%)
Todos los días	-	-
Un día por semana	9	14.8
Dos veces por semana	7	11.5
Tres veces por semana	6	9.8
Más de tres veces por semana	1	1.6
No consume vegetales	38	62.3
Totales	**61**	**100%**

El 3.3% de los niños/as consume ensaladas todos los días, el 21.3% consume ensaladas un día por semana, el 6.6% dos veces por semana, el 11.5% tres veces por semana y el 3.3% más de tres veces por semana. Más de la mitad de los niños/as no consumía ensaladas, 54.1%.

Tabla 18. Frecuencia consumo ensaladas

Número de veces	Frecuencia	Por ciento (%)
Todos los días	2	3.3
Un día por semana	13	21.3
Dos veces por semana	4	6.6
Tres veces por semana	7	11.5
Más de tres veces por semana	2	3.3
No consume ensaladas	33	54.1
Totales	**61**	**100%**

El 67.2% de los niños/as cuando no asisten a la escuela su horarios de comidas a veces no es regular. El 31.1% de los niños/as tiene un horario de comidas regular siempre y el1.6% de los niños/as nunca tienen un horario regular de comidas.

Tabla 19. Horario de comidas

Número de veces	Frecuencia	Por ciento (%)
Siempre	19	31.1
A veces	41	67.2
Nunca	1	1.6
Totales	**61**	**100%**

El 72.1% de los niños/as desayuna siempre, el 26.2% a veces y el 1.6% nunca desayuna.

Tabla 20. Frecuencia del desayuno

Número de veces	Frecuencia	Por ciento (%)
Siempre	44	72.1
A veces	16	26.2
Nunca	1	1.6
Totales	**61**	**100%**

Hipótesis de Investigación A

Los ingresos bajos de las familias se relacionan con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. En esta investigación encontramos que el 55.8% de las familias tenían ingresos que fluctuaban entre 0 y $12,000 anuales. El ingreso promedio fue de $10, 500. Los ingresos bajos se relacionaron con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia por lo que la hipótesis se confirma.

El que ambos padres trabajen fuera del hogar se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. De los 22 niños/as que vivían con ambos padres, más de la mitad de casos ambos padres trabajaban fuera del hogar (54.5%). De un total de 29 niños/as que vivían solamente con la madre, 15 de sus madres trabajaban fuera del hogar (51.7%). Esta hipótesis se confirma.

La frecuencia de las comidas fuera del hogar (restaurantes de comida rápida) se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. En esta investigación se encontró que el 85% de las familias de los niños/as participantes en el estudio realizaban comidas fuera del hogar y el 52.4% realizaba comidas fuera del hogar por lo menos una vez por semana, por lo que esta hipótesis se confirma.

El tiempo dedicado a ver televisión se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se encontró que el 95.1% de los niños/as veía televisión durante la

semana y el 54.1% veía más de dos horas de televisión diarias. Estos resultados confirman la hipótesis de investigación.

El tiempo dedicado a utilizar videojuegos se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El 85.2% de los niños/as utilizaba videojuegos durante la semana y el 13.1% los utilizaba más de dos horas diarias. Se confirma la hipótesis de investigación.

El tiempo dedicado a utilizar la computadora se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El 36.1% de los niños/as utilizaban la computadora diariamente. El 63.6% de los niños/as no tenían computadora o estaba dañada cuando entrevistamos a los padres, razón por la cual no podemos confirmar o rechazar esta hipótesis.

Los medios de transportación se relacionan con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. El 82% de los niños/as se transportaba en auto o guagua escolar para ir a la escuela. Solamente el 16.4% caminaba para llegar a la escuela por lo que se confirma esta hipótesis.

La falta de ejercicios se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se encontró que el 65.6% de los niños/as no realizaban ningún tipo de ejercicios. Solamente el 6.6% de los niños/as realizaba más de dos horas de ejercicios a la semana. Se confirma la hipótesis.

El poco tiempo dedicado a practicar deportes se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se encontró que el 44.3% de los niños/as no practicaba ningún deporte. El 19.7% practica algún deporte menos de dos horas a la semana.

Solamente el 24.6% de los niños/as practicaba algún deporte por más de dos horas a la semana. Estos datos confirman la hipótesis.

La ausencia de frutas en la dieta de los niños/as se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se encontró que el 21.3% de los niños/as no consumían fruta y solo el 19.7% consumían frutas todos los días. La hipótesis se confirma.

La baja frecuencia con que se consumen vegetales en la dieta de los niños/as se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se encontró que el 62.3% de los niños/as no consumían vegetales y solamente un 1.6% de los niños/as incluyen en su dieta vegetales más de tres veces por semana. La hipótesis se confirma.

La baja frecuencia con que se consumen ensaladas en la dieta de los niños/as se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se encontró que más de la mitad de los niños/as no consumían ensaladas (54.1%). Solamente el 3.3% consumían ensalada todos los días. Se confirma la hipótesis.

El horario irregular de las comidas se relaciona con la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Se encontró que el horario de comidas de los niños no era regular cuando no comían en el comedor escolar (67%). Se confirma la hipótesis.

Con respecto a la relación entre autoestima, riesgo de obesidad y obesidad encontramos una relación significativa entre ambas variables. Se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) para medir riesgo de obesidad (sobrepeso) y obesidad. Para medir autoestima utilizamos los resultados del Cuestionario de Evaluación Multilingüe y Multimedia de la Autoestima (EMMA).

Las tablas que se presentan a continuación corresponden a los resultados obtenidos de la administración del Cuestionario de Evaluación Multimedia y Multilingüe de la Autoestima (EMMA). Este Cuestionario fue completado por los niños/as directamente en la computadora y el programa realizó la corrección del mismo. Evalúa la autoestima global y sus principales facetas: Autoestima Académica, Autoestima Socioemocional y Autoestima Deportiva. Para el análisis de los resultados de este cuestionario se utilizó la Tabulación Cruzada y análisis de correlacion de las variables IMC (Obesidad y Sobrepeso) y Autoestima (puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima EMMA), utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

Se encontró que el 13.1% de los niños/as obtuvo una puntuación total en el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima correspondiente a una clasificación de Muy Baja, el 32.8% obtuvo una clasificación de Baja y el 24.6% de Media Baja. El 18% obtuvo una puntuación de autoestima correspondiente a una clasificación Media o promedio, el 4.9% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Media Alta, el 4.9% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Alta. El 1.6% obtuvo puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Muy Alta. El 70.5% de los niños/as tenían autoestima total que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja.

Tabla 21. Resultados cuestionario EMMA: Puntuación Total.

Clasificación Puntuación Total	Frecuencia	Por ciento (%)
Muy Baja	8	13.1
Baja	20	32.8
Media Baja	15	24.6
Media	11	18.0

Media Alta	3	4.9
Alta	3	4.9
Muy Alta	1	1.6
Totales	**61**	**100%**

Con relación al Factor Socioemocional el 13.1% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima de Muy Baja, el 29.5% de Baja, el 37.7% de Media Baja. El 13.1% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Media o promedio. El 3.3% obtuvo un puntuación correspondiente a una clasificación Media Alta y el 3.3% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Alta. El 80.3% tenía una autoestima en el Factor Socioemocional que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja.

Tabla 22. Resultados cuestionario EMMA: Factor Socioemocional.

Clasificación Factor Socioemocional	Frecuencia	Por ciento (%)
Muy baja	8	13.1
Baja	18	29.5
Media Baja	23	37.7
Media	8	13.1
Media Alta	2	3.3
Alta	2	3.3
Totales	**61**	**100%**

En el Factor Académico, el 15% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima de Muy Baja, el 25% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima de Baja y el 34% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima de Media Baja. El 15% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Media o promedio. El 11% obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Media Alta. El

74% de los niños/as obtuvieron una clasificación de autoestima en el Factor Académico que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja.

Tabla 23. Resultados cuestionario EMMA: Factor Académico.

Clasificación	Frecuencia	Por ciento (%)
Muy Baja	9	15
Baja	15	25
Media Baja	21	34
Media	9	15
Media Alta	7	11
Alta	-	-
Muy Alta	-	-
Totales	**61**	**100%**

El 14.8% de los niños/as obtuvo una puntuación en el Factor Deportivo correspondiente a una clasificación de autoestima de Muy Baja, el 21.3 de Baja y el 39.3% de Media Baja. El 13.1% de los niños/as obtuvo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima Media o promedio. El 9.8% obtuvo puntuaciones correspondientes a una clasificación de autoestima Media Alta y el 1.6% obtuvo puntuaciones correspondientes a una clasificación de autoestima Alta. El 75.4% de los niños/as obtuvo en el Factor Deportivo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja.

Tabla 24. Resultados cuestionario EMMA: Factor Deportivo.

Clasificación	Frecuencia	Por ciento (%)
Muy Baja	9	14.8
Baja	13	21.3
Media Baja	24	39.3
Media	8	13.1
Media Alta	6	9.8
Alta	1	1.6
Totales	**61**	**100%**

Con respecto a la relación entre la puntuación total de la autoestima y el Índice de Masa Corporal (IMC) se obtuvo una correlación de -.067, entre la puntuación obtenida en el Factor Socioemocional y el IMC la correlación fue de -071, entre las puntuaciones del Factor Académico y el IMC la correlación fue de -0.78 y entre las puntuaciones del Factor Deportivo y el IMC la correlación fue de -.084. Se observó una correlación negativa media entre la puntuación total de la autoestima y el Índice de Masa Corporal. Entre los Factores Socioemocional, Académico y Deportivo, las correlaciones fueron más fuertes y significativas. Estos resultados sugieren una dirección fuerte entre las variables, es decir, a mayor peso más baja autoestima. La hipótesis nula fue rechazada ($p<0.05$).

Hipótesis de investigación B

La obesidad y el sobrepeso se relacionan con una autoestima baja. Los resultados del Cuestionario de la Evaluación Multimedia y Multilingüe de la Autoestima (EMMA), reflejaron que el 70.5% de los niños/as tenían autoestima total que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja. El 80.3% obtuvo puntuaciones en el Factor Socioemocional correspondientes a una autoestima que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja. El 74% de los niños/as obtuvieron una clasificación de autoestima en el Factor Académico que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja y el 75.4% de los niños/as obtuvo en el Factor Deportivo una puntuación correspondiente a una clasificación de autoestima que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja. El análisis de correlación entre la Puntuación Total de Autoestima y el Índice de Masa Corporal de los niños/as (obesidad y Sobrepeso) fue de -.67, entre el Factor Socioemocional y el Índice de Masa Corporal fue de -.71, entre el Factor Académico y el Índice de Masa Corporal fue de -.78 y entre el Factor Deportivo y el Índice de Masa Corporal fue de -.84. El signo negativo en los

resultados de las correlaciones indica una dirección entre las variables, es decir, a mayor peso más baja autoestima. Se confirma la hipótesis investigativa y se rechaza la hipótesis nula ($p<0.05$).

Resumen de los Hallazgos Principales

El 51.5% de los niños pertenecía al sexo femenino y el 49% al sexo masculino. El 97% de los niños/as pertenecía a la clasificación de obesos y el 3% a la clasificación de Riesgo de Obesidad o Sobrepeso. El promedio de edad fue 10.5 años. La mayoría de los niños/as estaba en quinto grado (34.4%). El 55.8% de las familias tenía ingresos que fluctuaban entre 0 y $12,000 anuales. El ingreso promedio de las familias fue de $10,500. La fuente de ingreso principal de las familia es el salario (34.4%) seguido por los Cupones de Alimento y la Pensión Alimentaria de los menores (32.7%). El 47.5% de los niños/as vive solamente con la madre como jefa del hogar. Un porciento significativo de ambos padres trabajaban fuera del hogar. De los 22 niños/as que vivían con ambos padres, el 54.5% de ambos padres trabajaban fuera del hogar y de un total de 29 niños/as que vivían solamente con la madre, 15 de ellas trabajaban fuera del hogar 15 (51.7%). La mayoría de las madres trabajaban fuera del hogar.

La mayoría de los niños/as veía televisión más de dos horas al día (54.1%). El 95.1% de los niños/as veía televisión durante la semana. El 85.2% de los niños/as utilizaba videojuegos durante la semana**.** El 36.1% utilizaba la computadora durante la semana. El 63.6 % de los niños/as no utilizada la computadora porque no tenían o estaba dañada durante el periodo de la investigación.

El 82% de los niños/as asistía a la escuela en auto o en guagua escolar. El 65.6% de los niños/as no hacia ningún tipo de ejercicio. El 44.3% no practica ningún deporte.

El 85.1% de las familias hacían comidas fuera del hogar (fast food). El 52.4% comía por lo menos una vez por semana fuera del hogar. El 21.3% de los niños/as no comían frutas. Solo el 19.7% comía frutas todos los días. La mayoría de los niños/as no comían vegetales (62.3%) y más de la mitad (54.1%) no comía ensaladas.

El horario de comida de los niños/as cuando no estaban en la escuela era irregular a veces (67.2%). El 72.1 desayuna todos los días y el 26.2 desayuna a veces. El 70.5% de los niños/as tenían una puntuación total de autoestima correspondiente a una clasificación que fluctuaba entre Muy Baja, Baja y Media Baja, en el Factor Socioemocional, el 80.3% obtuvo puntuaciones correspondientes a una autoestima Muy Baja, Baja y Media Baja, en el Factor Socioemocional, el 74% de los niños/as obtuvo puntuaciones correspondientes a una clasificación de autoestima Muy Baja, Baja y Media Baja; en el Factor Académico, el 75.4% obtuvo puntuaciones correspondientes a una clasificación de autoestima de Muy Baja, Baja y Media Baja. La mayoría de los niños/as obtuvo puntuaciones correspondientes a una clasificación de autoestima Muy Baja, Baja y Media Baja en los tres Factores de la Autoestima.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS

Discusión de Hallazgos

La incidencia de la obesidad y el sobrepeso en la población han aumentado tan significativamente que han sido consideradas por el Cirujano General de los Estados Unidos como la epidemia del siglo XXI. El Dr. Waldert Sáez, Ex -Secretario Auxiliar de Salud de Puerto Rico señaló al respecto lo siguiente: "Si no hacemos algo ahora para reducir el índice de obesidad, en especial de la población joven, la expectativa de vida de las generaciones futuras puede reducirse dramáticamente. Esta será la primera generación que morirá antes que sus padres".

Con estas expresiones del Ex-Secretario Auxiliar de Salud de Puerto Rico y esa preocupación desarrollamos nuestra investigación utilizando un diseño no experimental cuantitativo, de naturaleza descriptiva y correlacional. Se analizaron variables sociodemográficas de las familias de niños/as en riesgo de obesidad u obesos, patrones de alimentación y tiempo del uso libre entre otras variables. Se correlacionaron las variables de riesgo de obesidad y obesidad medidas mediante el IMC y la autoestima medida por las puntuaciones de los niños/as obtenidas (puntuación total y las tres facetas básicas: socioemocional, académica y Deportiva) en el Cuestionario de la Evaluación Multilingüe y Multimedia de la Autoestima (EMMA). Se seleccionó un Distrito de la Región Educativa de Caguas, se solicitaron los permisos pertinentes a la Directora Regional del Departamento de Educación y en coordinación con el Programa de Enfermería Escolar desarrollamos el estudio. Se coordinaron las visitas a las escuelas, las enfermeras del Programa de Enfermería Escolar identificaron los niños/as en riesgo de obesidad y

obesidad y luego se procedimos a comunicarnos con los padres/madres de los niños/as o sus tutores legales para explicarles el propósito del estudio, sus alcances y cuál sería la participación de ellos y la de sus hijos en la investigación. Una vez orientados se les solicitó el permiso por escrito donde nos autorizaban a administrarle el Cuestionario EMMA a sus hijos/as. A los niños/as se les solicitó por escrito su asentimiento para participar del estudio y también se les explicó el propósito del estudio. Una vez completado todos los permisos y formularios procedimos a administrar los cuestionarios a padres/madres y a los niños/as seleccionados para participar del estudio. Los cuestionarios a los/las padres/madres fueron administrados en un lugar privado de las escuela seleccionadas para la investigación con el debido permiso de la Directora del Plantel Escolar.

Cuando analizamos los resultados obtenidos utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) por los niños/as en el Cuestionario de la Evaluación Multilingüe y Multimedia de la Autoestima (EMMA) se encontró que la mayoría de los niños/as con riesgo de obesidad u obesidad tenía una autoestima baja. Cuando sometimos los resultados a un análisis correlacional se obtuvieron correlaciones significativas y de una relación inversa, es decir a mayor peso más baja autoestima. Si tomamos en cuenta que la autoestima comprende un sentimiento de competencia y valor personal y que estos dos componentes reflejan la capacidad para sobrellevar los retos de la vida así como la creencia de que mis intereses, derechos y necesidades son importantes (Branden, 2011) podemos darnos cuenta de las implicaciones psicológicas y sociales de estos hallazgos. Este autor nos dice que las personas con niveles elevados de autoestima enfrentan la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo. Tienen mayores

probabilidades de alcanzar sus objetivos emocionales, creativos y espirituales así como de experimentar éxito, satisfacción y alegría. Son más fuertes y están mejor equipados para sobrellevar las adversidades de la vida y tienen mayor probabilidad de formar relaciones fortificantes, en lugar de destructivas. Estudios han demostrado que niños/as de diez años que mostraban una baja autoestima tendían a ser más gordos al llegar a la adultez, sentían menos control sobre sus vidas y mostraban más probabilidades de aumentar de peso en los siguientes 20 años (Ternouth, A.,Collier, D.& Maugham,B.,2009).

Otras de las dificultades relacionadas con la obesidad que afectan la autoestima son las provocadas por la discriminación social y las dificultades para relacionarse con los demás que afectan la vida de estos niños/as desde la niñez hasta la vida adulta. Los estudios demuestran que los niños/as con obesidad son menos aceptados y más rechazados que los niños/as no obesos (Mahoney & Lord, 2005). De acuerdo con estos autores, desde los tres años de edad, los niños/as muestran una percepción negativa con respecto a la obesidad y esto permanece a lo largo de la niñez.

Entre los factores relacionados con la obesidad y el sobrepeso se encontraron los medios de transportación, la reducción en el número de horas dedicadas a la actividad física tanto dentro del horario escolar como fuera del mismo y la realización de actividades sedentarias en el tiempo libre tales como utilización de videojuegos y ver televisión. Estos hallazgos coinciden con las investigaciones realizadas por Krahnstoever &Lawson (2006) quienes encontraron que la poca accesibilidad de lugares donde ejercitarse y la reducción en el número de hora dedicadas a la actividad física tanto dentro como fuera del horario escolar están relacionadas con la obesidad y el sobrepeso en la

niñez. Se encontró que los niños/as estudiados veían en su mayoría más de dos horas diarias de televisión contrario a la recomendación médica de la Asociación de Pediatría de Estados Unidos. Se ha demostrado que grupos de personas (lo que se puede aplicarse a niños/as) sometidas a un Programa de actividad Física mejoran con respecto a sus sentimientos de incapacidad y aumento de la autoestima (Moses, J., Steptoe, A., Mathew, A. & Edward, S., 1989).

También se encontró como factores asociados a la obesidad la frecuencia de comidas realizadas fuera del hogar (fast food), las irregularidades en el horario de las comidas y un bajo consumo de frutas, ensaladas y vegetales. Otros estudios realizados concuerdan en que la obesidad y el sobrepeso se relacionan con el aumento en el número de comidas realizadas fuera del hogar, irregularidades con los horarios de las comidas, el alto costo y menos disponibilidad de frutas y vegetales (Robert, J.,Baxter,J. McGuire, M.&Linde,J.,2006).

Conclusiones

La autoestima tiene dos componentes básicos: un sentimiento de competencia personal y un sentimiento de valor personal (Branden, 2011). Estos dos componentes reflejan la capacidad para sobrellevar los retos de la vida así como la creencia de que mis intereses, derechos y necesidades son importantes. Las personas con niveles elevados de autoestima enfrentan la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo. Tienen mayores probabilidades de alcanzar sus objetivos emocionales, creativos y espirituales así como de experimentar éxito, satisfacción y alegría. Son más fuertes y están mejor equipados para sobrellevar las adversidades de la vida y tienen mayor probabilidad de formar relaciones fortificantes, en lugar de destructivas.

En la presente investigación se concluye que los niños/as que están en riesgo de obesidad u obesidad, en su mayoría tienen una autoestima baja lo que representa un gran reto en el manejo y tratamiento de la obesidad. Además de las causas genéticas y de algunas enfermedades como por ejemplo, el Síndrome de Cushing, que es una alteración de la glándula suprarrenal, que aumenta la producción de cortisol, lo que a su vez lleva a la obesidad, son considerables los factores psicológicos y familiares que inciden en el problema de la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia. Entre los múltiples factores que se relacionan con el problema de la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia se encontraron los siguientes: nivel socioeconómico bajo, los medios de transportación, la frecuencia de las comidas fuera del hogar en restaurantes de comida rápida, el tiempo dedicado a utilizar videojuegos y a ver la televisión. El poco tiempo dedicado a practicar deportes y a hacer ejercicios. La poca frecuencia con que los niños/as consumían frutas, vegetales y ensaladas.

Se debe recalcar que la observación e imitación se da a través de modelos que pueden ser los padres, educadores y amigos de acuerdo a la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986). Los niños pequeños no solo aprenden de los adultos sino que están también influenciados por la publicidad, las comidas que sirven en la escuela y los patrones alimentarios de sus amigos. La imitación puede darse por instinto, es decir, las acciones observadas despiertan un impulso instintivo por copiarlas. Los niños imitan las acciones que se ajustan a sus estructuras cognoscitivas. Las conductas se imitan y refuerzan por moldeamiento. Dependiendo del ambiente familiar, social y educativo del niño/a y de los modelos que tenga a su alrededor así será su conducta. Esta multiplicidad de influencias hace evidente la necesidad de que se involucren todos los sectores de

nuestra sociedad en el tratamiento y la prevención de la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia.

Recomendaciones

1. Mediante un protocolo que el Gobierno desarrolle, y que se lleve a cabo a través de sus agencias, orientar y concienciar a los padres sobre la incidencia de la obesidad y el sobrepeso en los niños/as, las consecuencias y de la necesidad de realizar cambios en el ámbito familiar.
2. El cuidado preventivo incluido en el protocolo recomendado debe incluir la identificación de los factores relacionados con la obesidad y el sobrepeso, la identificación de cualquier complicación médica o psicológica (problemas emocionales, autoestima baja, etc.) que pueda existir y la iniciación del tratamiento lo más temprano posible.
3. El tratamiento debe ser personalizado y realizado por un equipo multidisciplinario basado en un buen diagnóstico que considere primordialmente los factores psicológicos y familiares que se relacionan con la obesidad y el sobrepeso en los niños/as.
4. Las instituciones privadas pueden desarrollar programas dirigidos a la educación de la comunidad y de la familia dirigidos a cambiar estilos de vida poco saludables, los patrones de alimentación inadecuados y el fortalecimiento de la autoestima de todos los miembros de la familia.
5. Los cambios propuestos en el ámbito familiar deben ir dirigidos a modificar la estructura familiar, los patrones de crianza y la organización familiar. Estos cambios incluyen sentarse a comer a la mesa, en lugar de frente al televisor, ya que los

estudios han demostrado que es más probable que los niños/as que miran televisión mientras comen consuman más calorías.

6. Acompañar a los niños/as durante el desayuno, ya que los estudios demuestran que los niños/as que desayunan solos consumen más alimentos ricos en azúcar y carbohidratos.
7. Las comidas deben ser realizadas en un horario regular, para que los niños/as aprendan la hora apropiada para las comidas y minimicen los refrigerios y meriendas entre comidas.
8. Se deben evitar las comidas fuera del hogar porque además de que son ricas en grasas, carbohidratos y azúcares no fomentan el desarrollo de valores familiares.
9. Los mensajes que los niños reciban en su hogar deben ser consistentes y enseñarles a comer de manera saludable. Se debe enseñar con el ejemplo.
10. Desarrollar y mantener un estilo de vida saludable que incluya hacer ejercicios y practicar deportes. Las actividades que se realicen para mejorar la condición física pueden realizarse en familia de modo que los padres/madres sirvan de ejemplo a sus hijos/as, y las actividades contribuyan a la unión y comunicación familiar.

Futuras Áreas de Estudio

En términos de los tratamientos se encontró que las opciones son limitadas. Se utilizan mayormente las terapias del comportamiento, la dieta y los ejercicios. Las opciones disponibles para el tratamiento de la obesidad en niños/as son limitadas. En adultos con obesidad, hay medicamentos disponibles para ayudar a suprimir el apetito y para ayudar con la absorción de grasas, pero no así en niños/as. El uso de estos medicamentos no ha sido estudiado en poblaciones pediátricas por lo que creemos que se

deben estudiar las posibilidades en esa dirección y en la de los factores psicológicos y familiares asociados al problema de la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia.

1) Continuar estudiando la relación y el impacto que pueda tener una baja autoestima en el problema de la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia.
2) Investigar tratamientos psicológicos adicionales a la terapia del comportamiento que puedan ser efectivos en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso en los niños/as.
3) Los profesionales de la conducta humana pueden contribuir desarrollando estrategias y técnicas dentro del campo de la psicología que ayuden a los niños/as y a sus familias a modificar los estilos de vida poco saludables, mejorar los patrones de alimentación y fortalecer su autoestima.
4) Se deben realizar más investigaciones que exploren y estudien aquellos factores psicológicos y familiares relacionados con la autoestima que inciden en el problema de la obesidad y el sobrepeso en la niñez intermedia donde se incluyan niños/as con otras condiciones de salud, tales como autismo, bulimia y anorexia.

REFERENCIAS

Azcona, SC; Montero, R.A. Miñón, M. (2005). *Obesidad Infantil.* Revista Española Obes, *3*(1)26-39.

Barinaga, M. (1996). *Obesity; leptin receptor weights*, In: Science *271* 29.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Branden, N. (2011). *Los Seis Pilares de la Autoestima* (2da.Ed.). Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Casanueva, E. Kaufer-Horwitz et al. (2001). *Nutriología Médica*, Fundación para la Salud. México: Paidós.

Calzada, L. (2003). *Obesidad en niños y adolescentes*, Editores de Textos Mexicanos, México. 81-83,112.

Carrascosa, A. (2006). *Obesidad durante la infancia y adolescencia: Una epidemia que demanda nuestra atención*. Medclin (Barc).

Cianflone, K. (2003). La proteína C5 presente en los adipositos interviene en el metabolismo de las grasas. *Journal of Biological Chemistry*, 278:11.123-11.129.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2011). *Información sobre Obesidad y Sobrepeso.* Recuperado de www.aap.org/obesity/family.htm.

Centro Nacional para Estadísticas de la Salud & Centro Nacional para la prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (2000). Recuperado http://www.cdc.gov/growthchrts.

Díaz de Santos. (2001). *Obesidad, La epidemia del Siglo XXI*. Revista Dbl 24-27.

Diego, Y(2008). *Perspectivas actuales del tratamiento de la Obesidad Infantil*. Revista Española De Obesidad, *6*(1) 139-152.

Dieguez, I. (2001). *Trastornos Alimentarios*. McGraw Hill-Interamericana, España.

Dietz, B. (2010). Director División de Nutrición y Actividad Física, Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta.

Direnfeld, G. (2003). Going for the brass ring: Developing Self-esteem in children. *Healthy Weight Journal 17*(5), 73-75.

Donato, A. (2005). *Una falla genética podría causar diabetes y obesidad.* La Nación Recuperado de http:/www.lanacion.com.ar/722686.

Eck, L.H; Kleges, R.C.; Hanson, C.L.; Slawson, D, (2005). Children, *Familiar risk for obesity: an examination of dietary intake, physical activity and weight status.* Int J.Obes.*16*, 71-78.

Edelstein, S. (2006). *Nutrition in Public Health* (2nd Ed), Jones and Bartlett Publishers.

Fernández S. (2005). *Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria*. Revista Foro Pediátrico 11(1), 61-69.

Frühbeck, G. (1997). *Genética de la Obesidad: Nuevas perspectivas. En Nutrición, metabolismo y obesidad: avances y nuevas perspectivas*. Astigarraga España.

Goldberg, A. (2002). *Secuelas de la Obesidad en la salud*. Recuperado de www.obesidad.net/spanish 2002/ Secuela .shtml.

González, J.D. (2011). Presidente, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Smumfic).

Gortmaker, SL; Must, A; Perrin, JM; Sobol, A; Dietz W. (1993). *Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood.* N Engl J Med; 329:1008-12.

Gutiérrez, M, (2005). *Prevención de la Obesidad y promoción de hábitos saludables*. Rev. Foro Pediátrico, 11. Sup. 1:54-58059.

Hamill, P, Drizd, TA, Johnson, CL. (1979). Physical growth: National Center for Health Statistics Percentiles. *Am J. Clinical Nutrition.* 32, 607-629.

Hernández, R; Fernández, C; & y Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación (*4thEd) MacGraw-Hill Interamericana.

Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México, D.F. pp. 94-97.

Iruaruzaga, I., Romero, N., Rubio, M. &Cabrizo, L. (2001) Entrenamiento en control Emocional en Obesidad Mórbida . Psicología. com

Jano On Line (2003). *Estudio sobre el uso de absorciometría de energía de rayos X dual (DXA) y el riesgo de obesidad.*

Karlson, E.,Chibnik LB; Keenan BT; Avi J.&, Liao PK, Costenbader, KH. (2011) *Puntuación de riesgo genético de fenotipos de Predecir el riesgo de artritis reumatoidea en edad de inicio de los síntomas.* PLoS ONE; *6*(9): DOI 24380.

Krahnstoever, K. & Lawson, C. (2006). *Do attributes in the physical environment influence children physical activity? A review of the literature.* International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. *3(*19).

Mahoney. & Lord, H. (2005) *Afterschool Program Participation and the Developmen Child Obesity and Peer Acceptance,* Applied Developmental Science, Vol 9 No.4 pp.202-215.

Mendoza, J.A., Zimmerman, F.J. & Christakis, D.A. (2007). Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in U.S. preschool children. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,* 2: 2-1.

Moses, J., Steptoe, A., Mathews, A. & Edwards (1989) The *effects of exercise training on mental well-being in the normal population; a controlled trial.* Journal of Psychosomatic Research, *33,* 47-61.

Nansel, TR. Overpeck, M; Pilla, RS.Ruan, WJ. Simona-Morton, B.&, Scheidt P. *Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment*. JAMA; 285:2094-100(2001).

Normas por la Academia de Pediatría Americana (2003). *Revista Pediatría*, *112*, 424-430.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Obesidad y Sobrepeso* Centro de Prensa, Nota descriptiva 311.

Papalia, D. Wendkos S y. Duskin, R. (2002). *Desarrollo Humano* (8va.Ed) McGraw-Hill.

Pearce, MJ; Boerges, J.& Prinstein, MJ.(2002). *Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships.* Obes Res; 10: 386-93.

Pérez Perdomo, R. et al (2006*). Estudio para Estimar la Prevalencia de Sobrepeso en niños de segundo grado de las Escuelas de Puerto Rico*. Departamento de Salud, División de Madres, Niños y Adolescentes, San Juan, Puerto Rico.

Proyecto del Senado Número 1147. (2009). Presentado por el David Bernier-Secretario del Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico.

Quintero, F.J., Gutiérrez Del Álamo.J., Correas L, Blázquez, & Moreno, C.A, (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona, España. Masson, SA.

Robert; J; Baxter, J; McGuire, M. & Linde, J. (2006). Are fast food restaurant and environmental risk factor for obesity? 2-2. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3:

Steinbeck. , K. (2005). Childhood *Obesity Treatment options*. Endocrinal Metab. *19* (3).

Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO).

Ternouth, A; Collier, D & Maughan, B (2009). *Childhood emotional problem and self-Perceptions predict weight in a longitudinal regression model.* BMC Medicine.

Varela, G. (1999). *Obesidad Infantil,* Revista DbI No 24. Alström Síndrome. Pp 27-27. Reino Unido.

APÉNDICES

Apéndice A. Cuestionario para Padres o Tutores Legales.

Universidad del Turabo
Programa Graduado de Psicología
Gurabo, P.R.

Título de la Investigación Obesidad, Sobrepeso y Autoestima en la niñez Intermedia

CUESTIONARIO PARA PADRES O TUTORES LEGALES.

Nombre del padre/madre o encargado: _____

Edad del niño/a____

Grado_____ Sexo: F_____M_____

Escuela de procedencia: _____Pueblo de procedencia: _____

1. Ingresos **anuales** de la familia

_____0-3,000

_____$3.001-$6,000

_____$6,001-$9,000

_____$9,001-$12,000

_____$12,001-$15,000

_____$15.001-18,000

_____$18,001-$21,000

_____$21,001-$24,000

_____$24.001-$27,000

_____$27,001-30,000

_____$30,001>

2. Fuente de los ingresos:

_____Salarios

_____Asistencia Económica

_____Cupones de Alimentos

_____Pensión alimentaría

_____Otra

Si marcó otras, indique cuál es la fuente del ingreso.

_____

3. El niño/a vive con:

_____la madre.

_____el padre.

_____ambos padres.

_____abuelos.

_____encargados.

_____Otro

Si marcó otro indique con quien vive el niño (a) _____.

4. Si vive con los dos padres, indique lo siguiente:

_____ambos padres trabajan.

_____solamente el padre.

_____solamente la madre.

_____Ninguno de los padres trabaja fuera del hogar.

5. El niño/a ve televisión:

_____menos de una hora diaria.

_____una hora al día.

_____entre hora y media y dos horas al día.

_____más de dos horas al día.

_____No ve televisión.

6. El niño/a juega con videojuegos:

_____menos de una hora al día.

_____una hora al día.

_____entre hora y media y dos horas al día.

_____más de dos horas al día.

_____No juega con videojuegos.

7. El niño/a utiliza la computadora:

____menos de una hora al día.

____una hora al día.

____entre hora y media y dos horas al día.

____más de dos horas al día.

____no utiliza la computadora.

8. El niño/a va a la escuela:

_____en auto.

_____caminando.

_____utiliza bicicleta.

_____otros medios.

Si indicó otros medios, indique cuál utiliza_____.

9. El niño/a realiza ejercicios:

____menos de una hora al día.

____una hora día.

____entre hora y media y dos horas al día.

____más de dos horas al día.

____no realiza ejercicios.

10. ¿El niño/a practica algún deporte?

____sí

____no.

Si su contestación es en la afirmativa, por cuánto tiempo a la semana:

_____menos de una hora a la semana.

_____una hora a la semana.

_____entre 1 hora y media y dos horas a la semana.

_____más de dos horas a la semana.

11. El niño/a sale a comer fuera del hogar a restaurantes de comida rápida (Fast food):

_____una vez a la semana.

_____dos veces a la semana.

_____tres veces a la semana.

_____más de tres veces por semana.

_____no realiza comidas fuera del hogar.

12. La dieta del niño/a incluye frutas:

____todos los días.

____un día por semana.

____dos veces por semana.

_____tres veces por semana.

_____más de tres veces por semana.

_____no come frutas.

13. La dieta del niño/a incluye verduras: (yautía, calabaza, plátanos, guineos, etc.)

____todos los días.

____un día por semana.

____dos veces por semana.

____tres veces por semana.

____más de tres veces por semana.

____no come vegetales.

14. La dieta del niño/a incluye ensaladas:

____todos los días.

____una día por semana.

____dos veces por semana.

____tres veces por semana.

____más de tres veces por semana.

____no come ensaladas.

15. El horario de comidas del niño/a es regular:

___siempre.

___a veces.

___nunca.

16. El niño/a desayuna:

____siempre.

____a veces.

____nunca.

Fin del cuestionario.

¡GRACIAS POR SU COOPERACION!

Iris N. Ortiz Escribano, Estudiante Doctoral
Investigadora Principal

Dra. Marviliz Ávila
Directora de Disertación