



Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Carrera de Psicología

**Obesidad y autoestima: Estudio Comparativo en Escolares de
NB2, NB3 y NB4 de Colegios de Nivel Socioeconómico Medio de
la Comuna de Maipú.**

Profesora Guía : M. Elena Gorostegui

Profesor Metodólogo : Raúl Zarzuri.

Profesor Informante : Paulina Herrera

Alumnos : Jesús Ferrada
Erik Morales

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Mayo 2008.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

No es fácil realizar una dedicatoria y no dejar a nadie afuera, solo me gustaría decir que agradezco a todos los que me acompañaron en este transito, así como dedico especialmente este trabajo a mis pacientes, por la confianza que han depositado en mi, me gustaría decirles que gracias a ustedes estoy aquí escribiendo estas líneas y cerrando este proceso.

Agustín gracias por tus sonrisas interminable y por perfumar mis mañanas, espero ser un buen padre, gracias por invitarme a jugar, borrar mi computador y por sobre todo gracias por elegirme como padre, créeme cada día trabajo para ser mejor.

ERIK

A mi mujer, a mis hijos y a mi madre.

Jesús Ferrada Letelier

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

En esos momentos llenos de incertidumbre, de cuestionamiento y temores, donde no sabes si seguir o escuchar los murmullos de la gente, en esos momentos es necesario contar con una luz que te guíe, sabia, acogedora y alegre, es por eso Miss que mis agradecimientos son de una honestidad incuestionable.

Sr. M^a Elena Gorostegui gracias por todo el apoyo y por sobre todo gracias por creer.

A mi familia, a mis padres, gracias por estar siempre a mi lado

Valdita gracias por ser y darme un cable a tierra.

ERIK

RESUMEN

En los últimos 30 años nuestro país ha experimentado grandes cambios culturales políticos y epidemiológicos. La vida sedentaria ha ido tomando cada vez mas fuerza en nuestra sociedad, la ley del mínimo esfuerzo físico en los niños y el alto consumo calórico dan como consecuencia el aumento de la obesidad infantil a niveles alarmantes.

Los estudios que abordan este tema no son pocos, eso si han sido construido desde una mirada médica solo tomando en cuenta los problemas físicos. Es por este motivo que este estudio aborda la obesidad infantil desde la psicológica, y como esta incide en la construcción de la autoestima infantil.

Se realizó una medición del autoconcepto utilizando la escala de Piers – Harris (a) con el fin de conocer las posibles relaciones que se establecen entre obesidad y autoestima en niños de NB2 – NB3 y NB4 del nivel socioeconómico medio, de colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú. Para dicho estudio se realizaron un total de 312 encuestas previa medición del IMC (Índice de Masa Corporal).

Se pudo observar como se relacionaba la construcción de la autoestima y el IMC, concluyendo, en que no hay diferencias significativas estadísticamente entre la autoestima en niños obesos y no obesos, así como también no hay diferencias significativas por sexo.

INDICE.	Página
1.0 INTRODUCCIÓN.	8
2.0 APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.	16
3.0 OBJETIVOS.	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivo específico	20
4.0 MARCO TEORICO	21
4.1 Aproximaciones teóricas al concepto de autoestima	21
4.1.1 Definición de autoestima de Nathaniel Branden.	21
4.1.2 La importancia de la autoestima.	23
4.1.3 La visibilidad psicológica.	24
4.2 Investigaciones que abordan autoestima y obesidad.	26
4.3 Aproximaciones teóricas respecto del autoconcepto.	28
4.3.1 El autoconcepto William James.	28
4.3.2 Lo que dice el interaccionismo simbólico del autoconcepto.	28
4.3.3 Definición de autoconcepto Purkley.	29
4.3.4 Gordon Allport el propio Ser.	30
4.3.5 La perspectiva fenomenológica de Carl Rogers.	31
4.3.6 La definición de autoconcepto de los autores Piers Harris.	32
4.4 Autoconcepto versus autoestima.	33
4.5 Mirada histórica biogenética y cultural sobre la obesidad.	34
4.6 Componentes biológicos y genéticos de la obesidad	38

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

4.7	Componentes culturales y/o ambientales de la obesidad.	41
4.8	Definición de obesidad según la FAO.	45
4.9	Tipos de obesidades patológicas.	46
4.10	Cifras a nivel nacional.	48
5.0	MARCO METODOLÓGICO.	53
5.1	Enfoque metodológico cuantitativo.	53
5.2	Tipo y diseño de la investigación.	53
5.3	Delimitación del campo a estudiar.	54
5.4	Diseño de la investigación.	56
5.5	Hipótesis.	57
5.6	Técnicas e instrumentos de recolección de la información.	57
5.7	Índice de masa corporal.	57
6.0	DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO PRUEBA DE PIERS HARRIS	59
7.0	APLICACIÓN DE LA ESCALA.	60
8.0	PROCEDIMIENTO.	62
8.1	Análisis de resultados.	63
8.2	Análisis estadístico escala total	63
8.3	Análisis estadístico por subescalas.	63
8.4	Resultados por Ítem	64
9.0	DESCRIPCION GENERAL DE LA MUESTRA	65
9.1	Composición de la muestra	65
10.0	RESULTADOS ESCALA TOTAL	68
10.1	Análisis estadístico por subescala	75

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

10.1.1	Conducta	75
10.1.2	Estatus Escolar e Intelectual	78
10.1.3	Apariencia y Atributos Físicos	81
10.1.4	Ansiedad	84
10.1.5	Popularidad	87
10.1.6	Felicidad y satisfacción	90
10.1.7	Ítems no Agrupados en Subescalas.	93
10.2.1	Resultados por ítem entre obesos y no obesos	96
10.2.2	Resultados por ítem por género	100
11.0	CONCLUSIONES	106
11.1	Escala total	106
11.2	Por Subescala	107
11.2.1	Conducta	107
11.2.2	Estatus escolar e intelectual	107
11.2.3	Apariencia y atributos físicos	108
11.2.4	Ansiedad	108
11.2.5	Popularidad	109
11.2.6	Felicidad y satisfacción	109
12.0	DISCUSIÓN	112
13.0	BIBLIOGRAFÍA	115
14.0	ANEXOS.	118

1- INTRODUCCIÓN.

Se entiende por obesidad el incremento inadecuado de la grasa corporal que condiciona de forma desfavorable la imagen corporal y la salud física. Actualmente la obesidad se ha transformado en un problema de salud pública que afecta a amplios sectores de países desarrollados y en vías de desarrollo. Nuestro país no es una excepción frente a este problema que involucra a un número creciente de nuestros niños. Una de las causas, sin considerar aún la calidad de la alimentación, es el sedentarismo por el estilo de vida moderno y las comodidades que ha traído la tecnología. Una gran cantidad de hogares cuenta con computador y juegos electrónicos para que los niños se diviertan y ocupen parte de su tiempo, acompañados de estas verdaderas nanas electrónicas. La televisión muestra el consumo de alimentos poco saludables y con alto contenido calórico, los niños tienen la posibilidad de consumir aperitivos mientras ven televisión y además la televisión reemplaza las actividades que involucran algún grado de desplazamiento incentivando de esta manera el sedentarismo, Rozowski (1997). La calidad de vida se ha deteriorado y se ha vuelto más y más sedentaria debido a las extensas jornadas de trabajo y a los largos tiempos de desplazamiento que implican vivir en una ciudad como Santiago. Las consolas de juego y el computador son recursos a la mano para que los niños se entretengan sin salir de su habitación o sin tener que desplazarse con ellos a una plaza a jugar o andar en bicicleta. En Chile, la modificación de estos hábitos en el estilo de vida de la población, ha provocado un aumento en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular

tradicionales, tanto en los adultos como en los niños y los adolescentes, Revista Chilena de Pediatría (2007; 78(2): 135-142).

Un par de décadas atrás la obesidad no era la principal preocupación de las autoridades de salud en nuestro país. Por el contrario, los esfuerzos estaban orientados a combatir la desnutrición infantil, de modo tal que las políticas públicas eran concebidas y desarrolladas de manera de combatir este problema, considerando que sus consecuencias se dejarían ver en la adolescencia y la adultez de las nuevas generaciones. Según datos entregados por el MINSAL Chile tenía en el año 1968 un 60 % de desnutrición infantil en el rango menor de 6 años, 37 años después, en el 2005, esta misma medición mostró que solo un 2.7% de la población de primero básico presenta algún grado de desnutrición, JUNAEB (2007).

Una vez erradicado este flagelo y en relación al desarrollo económico que experimentó nuestro país en las tres últimas décadas, el perfil de obesidad en Chile comenzó a manifestar un patrón similar al de los países desarrollados. Según cifras de la Junta de Auxilio Escolar y Becas, muestran una prevalencia de 18,5 % de obesidad en la población escolar de primero básico JUNAEB (2005), lo que deja a nuestro país entre las naciones con más niños obesos en el mundo. Estados Unidos en cambio, cuya población tiene severos problemas de sobrepeso, tiene menos niños obesos, sólo el 16%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC (índice de masa corporal) igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior

a 30. Los rangos de obesidad se clasifican y se tabulan sobre la base del IMC, o índice de Quetelet, que utiliza la ecuación peso (en kg.) dividido por la altura o talla del sujeto (cm.) con esta ecuación se puede determinar el grado de obesidad que presenta un sujeto determinado.

Ejemplo: Un sujeto que pesa 60 Kg. y mide 1.45cm, o sea 1,45 m. el IMC se calculará.

$$\text{IMC} = 60 / 1.45 \times 1.45$$

$$\text{IMC} = 60 / 2.9 = 28.5 = \text{Sobre Peso}$$

Según esta institución, la obesidad se ha ido transformando en una verdadera epidemia que eleva considerablemente la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión e incluso diabetes en la población que la presenta.

La obesidad en sí misma no es una enfermedad, pero es la antesala de este tipo de afecciones, las cuales pueden alterar la salud de la persona y su calidad de vida y pueden tener efectos devastadores en la salud de los niños. Algunos especialistas en esta área, recomiendan el incentivo de actividad física a edad temprana y mejor aún, como una actividad de la familia en su conjunto, ya que los niveles de satisfacción, sentido de pertenencia y de auto estima serán mayores en el niño.

Es importante aclarar que gran parte de los trastornos de obesidad se deben a causas multifactoriales, tales como factores genéticos, metabólicos, ambientales y endocrinos. No obstante, los factores exógenos (exceso de alimentación o ingesta de alimentos de mala calidad), constituyen una de las causas a las que se asocian un mayor porcentaje de obesidad. Sumado a esto, se encuentran los estados psicológicos que producen conductas alimentarias inadecuadas y excesivas tales como la ansiedad, el aburrimiento, el estrés y la depresión.

Nuestro país, es la nación que presenta el índice más alto de obesidad infantil a nivel latinoamericano. Uno de cada diez niños en Chile es obeso, siendo esta condición muy difícil de revertir durante la vida adulta ya sea por la acumulación de adipositos (células grasas del cuerpo que forman el tejido adiposo, y que pueden almacenar altos porcentajes de grasa) o simplemente a causa de conductas alimenticias nocivas que se instalan en forma de hábitos en las personas. JUNAEB (2004)

En los últimos 15 a 20 años, esta epidemia se ha ido acentuando dado que la ingesta de azúcares refinadas, exceso de grasas y alimentos procesados, se ha incrementado de forma considerable en la dieta de nuestro país.

Los cambios en la alimentación de las personas, tienen directa relación con el mayor poder adquisitivo que ha experimentado el país. Chile se ha convertido en un lugar atractivo para las inversiones de empresas extranjeras, y junto con ellas, han arribado nuevos estilos de vida y alimentación, que han llegado para quedarse, tales como las

cadenas de comida rápida que han logrado un gran éxito en sus estrategias comerciales, debido a la buena respuesta del consumidor chileno. La hamburguesa, los nuggets, los snack se han incorporado al uso frecuente y diario del vocabulario nacional.

Por otra parte, y ya situados en la perspectiva de la cultura, las personas que se ven afectadas por la obesidad, están sometidas a fuertes presiones sociales, puesto que en la cultura occidental se han impuesto estándares de belleza que valoran excesivamente el ser delgado. El mundo de la moda ha creado un estereotipo de mujer y hombre muy difícil de alcanzar por las personas comunes, quienes sin duda, conforman la mayor parte de la población. En este sentido las personas obesas confrontan una imagen corporal desadaptada en relación a los cánones de belleza establecidos. El desajuste que se crea entre el yo real y el yo idealizado, puede ser una de las consecuencias de los diversos trastornos alimentarios que existen y esto ya toca directamente el tema de la salud mental. En cuanto al género, el femenino talvez sea el más afectado con estos estereotipos, puesto que el ideal físico presentado en el mundo de la moda y la publicidad está muy cercano al de la anorexia.

En el año 2006 se informó de 2.674 casos de personas con trastornos alimentarios, de los cuales más de la mitad correspondía adolescentes. Esto representa un aumento del 62% en relación al año 2005, siendo los adolescentes y en especial las mujeres de entre 10 y 19 años el grupo etáreo más afectado.

La obesidad en el niño, lo hace más susceptible a sufrir alteraciones psicológicas, provenientes en primer lugar de las actitudes de su grupo de pares. No es raro que el niño

obeso pueda transformarse en el centro de burlas y del acoso de otros niños maltratadores y agresivos. Puede suceder en los colegios que estos grupos victimicen a niños cuyas características los hacen más vulnerables a las burlas, al aislamiento y el rechazo social. Olweus (1998), acuñó el concepto de Bullying y considera que toda situación de acoso o intimidación, se define en la medida que un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto de forma repetida durante un tiempo, a acciones repetidas que lleva a cabo un alumno o varios de ellos, Psikhe (2005, Vol. 14, N°1, 211-225). La discriminación de la que pueden ser víctimas, podría afectar directamente la construcción de su autoconcepto y autoestima. Ambos son fundamentales durante el desarrollo del niño, su fortaleza le permitirá establecer relaciones y vínculos de manera segura y confiable, por tanto, la autoimagen del niño que ha tenido que enfrentar este tipo de situaciones, puede llegar a devaluarse a partir de la imagen que los otros le devuelven. Resulta importante entonces, conocer qué sucede con su autoestima, en una etapa fundamental de su desarrollo como es la comprendida en la etapa escolar.

La construcción de un autoconcepto y una autoestima sólida, que le permitan establecer relaciones y vínculos con los otros de manera segura y confiable, es un tema central en el desarrollo infantil,

Frente a este tema, la Psicología tiene mucho que aportar desde sus diferentes modelos teóricos, en especial desde la perspectiva de la psicoterapia familiar basada en la Teoría de Sistemas, que permite abordar el tema en toda su complejidad, en la medida que se considera no sólo al niño, sino el entorno con el que se relaciona. El tema de la obesidad

obedece a factores psicológicos, biológicos y sociales, y además puede tener múltiples causas de origen, tales como dinámicas familiares inadecuadas que incentivan y estimulan en el niño la ansiedad que lo impulsa a comer, o simplemente, al interior de estas familias se mantienen conductas de alimentación desordenadas e ingesta alimenticias excesivas o de mala calidad que crean malos hábitos en los niños.

Otro factor que se debe considerar son los componentes genéticos los cuales son de gran incidencia y los factores fisiológicos propios de cada individuo.

En relación a estudios anteriores en nuestro país que investiguen la autoestima y su relación con la obesidad, no se encontraron registros bibliográficos al respecto.

En México, una investigación publicada en la Revista Mexicana de Pediatría (2002), sobre la autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia, concluye que no existe relación entre la autoestima y el aumento del índice de masa corporal, si se observa a una diferencia que no es estadísticamente significativa en la autoestima a favor de los hombres respecto de las mujeres.

Los estudios no son del todo concluyentes ya que hay resultados como el anterior que habla de una baja correlación entre autoestima y obesidad, pero también los hay que igualan obesidad y cáncer. Schwimmer J. (2005), catedrático y pediatra de la Universidad de California en San Diego, indica que el sobrepeso infantil afecta a los niños mucho más

de lo que se pensaba: la autoestima de los niños obesos es similar a la de niños que padecen de cáncer, aunque sin duda, por diferentes causas.

La autoestima es la confianza en nuestra capacidad para afrontar de buena manera los desafíos de la vida, siendo uno de los desafíos mas importantes y prolongados la escuela con sus alegrías, tristezas, frustraciones, sueños junto a un sin fin de sentimientos y emociones nos acompañaran en este tránsito. Es aquí entonces donde las interacciones y nuestra manera de relacionarnos con los otros cobrarán vital importancia en el desarrollo de la autoestima y auto percepción.

Para muchos niños el colegio representa una segunda oportunidad en la vida, ya que en este tránsito que se inicia a temprana edad pueden obtener un mejor sentido de si mismo, al igual que una mejor comprensión y proyección de la vida, en contraposición a las experiencias sociabilizadoras que traen del hogar. En tanto para otros niños el colegio puede transformarse en un agente distorsionador de los valores y hasta de su propia auto imagen.

Considerando lo hasta aquí expuesto, creemos que es de suma importancia conocer cómo se afecta la autoestima del niño obeso, en una etapa de su desarrollo vulnerable en términos de la formación del autoconcepto: nos referimos a la etapa escolar comprendida entre el nivel NB2, NB3 y NB4. De esto deriva el preguntarse ¿Es igual el nivel de autoestima en niños obesos y no obesos?.

Para responder a esta pregunta evaluaremos el nivel de autoestima de escolares de ambos sexos de nivel NB2, NB3 y NB4 de Enseñanza General Básica, de nivel socioeconómico medio de escuelas particulares subvencionadas pertenecientes a la comuna de Maipú.

2.0 APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La obesidad infantil ha sido investigada desde diferentes disciplinas, especialmente desde el punto de vista médico biológico, social, alimentario y familiar. Se sabe que durante esta etapa del desarrollo, los niños y niñas atribuyen mucha importancia al aspecto físico, también al ser exitoso en los deportes o poseer una imagen personal valorada por los otros, estos son factores que influyen en el desarrollo y construcción de un autoconcepto sólido que permitirá al niño autovalorar positivamente los diferentes aspectos que constituyen su personalidad, con ello se obtiene una autoestima positiva, la cual es fundamental como una variable que interviene en los procesos de aprendizajes al interior de las aulas, por tanto, medir y analizar los niveles de autoestima del niño obeso en esta etapa de su desarrollo, puede entregar información importante que permita abordar esta problemática desde su punto de partida, es decir desde el comienzo de esta etapa.

Se entregaría información relevante, que permitiría tanto a la Psicología como a cualquier otra disciplina, desarrollar intervenciones efectivas que consideren estos factores. Sus resultados, pueden facilitar la realización de intervenciones integrales a nivel docente o de profesionales que trabajen con familias en el área social y de la salud.

En el ámbito de la educación, los resultados pueden aplicarse a las intervenciones pedagógicas. Si los docentes conocen los factores que afectan a sus alumnos, podrán aplicar estos conocimientos en pro de reforzar la autoestima de los niños facilitando así el proceso de enseñanza y aprendizaje. Ramírez (2000), plantea que la intervención del profesor como mediador es un factor de gran importancia para el desarrollo de la autoestima del niño, y en la facilitación de aprendizajes significativos en el estudiante.

Manterola (2003), puntualiza que aquellos sentimientos de ineficiencia y escasa valoración personal tienen una alta relación con los resultados obtenidos en los aprendizajes de los alumnos, no obstante, acota que la educación ha prestado poca atención al desarrollo afectivo y emocional del niño.

La Psicología, puede utilizar los datos obtenidos de esta investigación en los procesos psicoterapéuticos que aborden intervenciones en niños con problemas de obesidad. Branden (1969), considera que los fracasos que se producen en los procesos terapéuticos, provienen de una disfunción básica en el paciente al poner en práctica una cierta categoría de la acción mental, referida al pensamiento, juicio y evaluación de sí mismos como sujeto independiente.

Haquin F. (2004), concluye que uno de los factores de riesgo en la salud mental de niños y adolescentes corresponde a las problemáticas familiares y una autoestima baja (Rev. Chi. Pediatra. v.75 n.5 Santiago oct. 2004), por tanto, aquellos datos que pueda

entregar esta investigación, pueden ser relevantes a la hora de diseñar programas de prevención de la salud mental en niños y adolescentes con problemas de obesidad en la medida que esta afecte la autoestima

Finalmente, el presente estudio puede entregar una valiosa ayuda para los padres de niños obesos, en la medida que consideren la autoestima de sus hijos como un cimiento importante en su desarrollo, además de asignar el valor adecuado a aquellos aspectos emocionales que son importantes para la construcción de un autoconcepto sólido. Goleman (1995), considera que uno de los principales aspectos en la construcción del yo, es la conciencia de sí mismo y la auto aceptación poder observarse y conocer los propios sentimientos, el verse a si mismo bajo una luz positiva y tener la capacidad de reírse de uno mismo. Estos factores para Goleman son fundamentales para el desarrollo de la inteligencia emocional en el niño.

3.0. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo general.

3.1.1 Determinar niveles de autoestima en hombres y mujeres escolares, nivel NB2, NB3 y NB4 del nivel socioeconómico medio pertenecientes a colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú, evaluados mediante test de P-H (a).

3.1.2 Comparar los niveles de autoestima como concepto global en niños obesos y no obesos del nivel NB2 NB3 y NB4, de estrato socioeconómico medio pertenecientes a colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú, evaluados mediante test de P-H (a).

3.1.3 Comparar puntajes obtenidos en las subescalas del test p-h (a) por escolares obesos y no obesos del nivel NB2, NB3 y NB4, de estrato socioeconómico medio pertenecientes a colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú.

3.1.4 Comparar puntajes obtenidos en las subescalas del Test P-H (a) parA hombres y mujeres obesos del nivel NB2, NB3 y NB4, de estrato socioeconómico medio pertenecientes a colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú.

3.1.5 Analizar correlacionalmente las diferencias en los niveles de autovaloración de niños y niñas a partir de IMC del nivel NB2, NB3 y NB4 de estrato socioeconómico medio

pertencientes a colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú, evaluados mediante test de P-H (a).

3.2. Objetivos específicos.

- a)** Corregir y tabular los datos de las encuestas.
- b)** Ingresar los datos al correspondiente programa estadístico computacional.
- c)** Calcular promedios por variables.
- d)** Comparar para analizar los resultados para detectar diferencias significativas en los resultados a partir de las variables etc.
- d)** Concluir a partir de resultados.

4.0 MARCO TEORICO

4.1 Aproximaciones teóricas al concepto de autoestima

4.1.1 Definición de autoestima Nathaniel Branden

Branden (1969), definió la autoestima como la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida y de ser dignos de felicidad. Esta definición poseería dos componentes interrelacionados entre sí, un sentido de eficacia personal y otro de valor propio.

El sentido de eficacia para Branden, correspondería a considerarse eficaces y a confiar en las propias capacidades para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y por tanto superar los retos y obstáculos que pone la vida. El valor propio se refiere al respeto por uno mismo y a la confianza en el derecho a ser personas felices y por lo tanto ser personas dignas de obtener logros en la vida: el éxito, el amor, el respeto y la amistad de otros.

Branden considera que la autoestima posee seis pilares fundamentales:

La práctica de vivir conscientemente: Refiere a la consciencia como instrumento básico de supervivencia, la capacidad de ser consciente del entorno y la realidad. Vivir de manera

consciente significa intentar ser consciente de todo lo que tiene que ver con nuestras acciones, propósitos valores y metas.

La práctica de aceptarse a uno mismo: Aceptarse a si mismo es estar de mi lado, estar para mi mismo, refiere a una orientación de valoración de sí mismo y del compromiso conmigo mismo resultante del hecho de que estamos vivos y somos conscientes, supone una disposición humana a experimentar y la idea de compasión de ser amigo de mi mismo.

La práctica de la responsabilidad de sí mismo: Implica el ser responsable de mis elecciones y deseos, el nivel de consciencia que cada uno tiene en su trabajo o en sus actividades cotidianas, la responsabilidad de mi conducta frente a los demás. Implica la responsabilidad en la calidad de nuestras comunicaciones y en la felicidad persona. La responsabilidad en si mismo se muestra como una orientación activa hacia el trabajo y la vida.

La práctica de autoafirmación: Significa respetar mis deseos, necesidades y valores, y buscar la expresión adecuada de estos en la realidad, significa la disposición a valerme por mi mismo, a ser quien soy abiertamente, a afirmar mis propios derechos sin que esto signifique beligerancia o agresividad hacia los demás.

La práctica de vivir con un propósito: Se refiere a utilizar nuestras facultades para la consecución de las metas que hemos elegido. Se relaciona con la capacidad de vivir

productivamente y con un propósito como una exigencia a nuestra capacidad para enfrentar la vida y la eficacia que percibimos de nosotros mismos frente a estas exigencias.

La práctica de la integridad personal: Consiste en la integración de ideas, normas, y la conducta por otra. Se refiere a la integridad que se obtiene de la congruencia entre nuestros valores y nuestros actos. Todos desean ser percibidos como personas dignas y de confianza. Si estas seis prácticas no están presentes en la persona, su autoestima irremediablemente se verá deteriorada.

4.1.2 La importancia de la autoestima.

Cada ser humano al momento de nacer requiere del cuidado de otro ser humano para poder sobrevivir y desde ese primer momento en el mundo comenzamos a establecer lazos con quienes nos rodean. El primer vínculo que el sujeto establece es con su madre, pilar fundamental para los primeros años de vida. Desde el primer momento el niño requiere depositar confianza en un_otro y este proceso será el pilar fundamental para poder reconocerse y aceptarse a sí mismo. Si el niño es capaz de depositar confianza en un otro significativo, lo acepta y lo reconoce, es en este preciso momento en el cual el niño comienza a aceptarse y reconocerse a sí mismo como un otro diferente. Rogers (1971), planteó que en todo ser humano existe una necesidad fundamental de “consideración positiva”, la aceptación que el sujeto recibe desde quienes lo rodean, lleva al individuo a aceptar a los otros y luego a aceptarse a sí mismo.

La importancia de la autoestima radica principalmente, en que si el sujeto es capaz de aceptarse a sí mismo, tendrá la posibilidad de desarrollar todas sus potencialidades como individuo, establecerá relaciones y lazos estrechos con otras personas y desarrollará un gran sentido de pertenencia, el cual es fundamental para sentirse ocupante de un lugar en este mundo, es decir, pertenecer a una familia, un país, una etnia, etc. En este sentido el amor que el sujeto deposite en su propia persona, será fundamental para el desarrollo de las diferentes etapas de su vida, Eric Fromm (1956), distinguió en el ser humano varios tipos de amor; el amor a Dios, el amor maternal, el amor erótico y “el amor a sí mismo”. Este último para Fromm era un requisito necesario para amar a otros y para lograrlo, el sujeto debe vencer su propio narcisismo.

En el ámbito académico, autores como Alder (1953), Fromm (1939), Horney (1953), comparten con Freud la idea que la autoestima, pueda ser más relevante que la habilidad para aprender o el coeficiente intelectual en el éxito escolar de los niños.

4.1.3 La visibilidad psicológica.

Braden (1994), planteó el concepto de visibilidad psicológica, el cual se refiere a la necesidad humana de ser visible y considerado por otros. El niño en términos comunicacionales requiere de una retroalimentación positiva cuando elicitaba una conducta como respuesta frente a la conducta de un adulto, requiere de éste, sentirse observado y comprendido.

Todos los padres se trazan como meta criar a sus hijos lo mejor posible, transformándolos en hombres íntegros, respetados y felices, para que puedan vivir de forma independiente en su adultez y sean capaces de enfrentar los nuevos desafíos que la vida les va presentando, pero no solo los padres interceden en la construcción de este nuevo sujeto, un profesor, un abuelo, una vecina entre otros también tendrán algo que decir en esta construcción, puesto que todo ser significativo en términos vinculares para el niño, trazará algún tipo de huella perenne en él.

La visibilidad Psicológica, juega un rol fundamental en el desarrollo de la autoestima del niño, esta se da en la interacción con las figuras significativas, puesto que en la relación que se produce con un otro, el niño se siente perteneciente a una realidad. Braden (1969), plantea el principio de visibilidad psicológica por medio del amor romántico, el cual se refiere a la necesidad que posee el hombre de conocer, aceptar y amar a otros seres humanos, con quienes pueda interactuar intelectual y emocionalmente, de esta manera el sujeto podrá aceptarse a si mismo.

Esta es una de las razones del porque un niño después de ejecutar alguna acción sea cual sea, espera de manera atenta una retro alimentación, si esta llega de forma inmediata y por sobre todo si es positiva y cargada de afecto el niño se sentirá visible y valorado como un otro, para una persona en formación esta necesidad de respuesta y atención es urgente.

Branden (1994), considera la autoestima como una condición que se genera como un derecho humano fundamental y primordial en su desarrollo. Bajo esta premisa podríamos entender la autoestima como la confianza en la capacidad de pensar y de afrontar nuevos desafíos, el derecho a triunfar y a ser felices confiando en nosotros mismos, ya que si poseemos una autoestima alta la posibilidad de éxito en la vida será mayor, en tanto la probabilidad de frustración será menor.

Tanto el respeto hacia sí mismo como también hacia los demás, depende de la autoestima ya que ésta marcará el tipo y la calidad de las interacciones a establecer.

4.2 Investigaciones que abordan autoestima y obesidad.

Rafael Álvarez Cordero (2006), entrega una definición de autoestima similar a la de Branden: “Es la confianza en nosotros mismos y en nuestro derecho a triunfar y ser felices”. Este facultativo de la Universidad Nacional Autónoma de México en su libro “Obesidad y Autoestima”, realiza un análisis clínico de estudio de casos y plantea que la autoestima tiene mucho que ver con nuestras experiencias de vida, aquellos pacientes que por una condición física como la obesidad y que durante su infancia han sido blancos de la burla, el sarcasmo y los apodos, lo que se obtiene es una conducta negativa, aislada, la necesidad de aparentar que todo está bien y que son felices, pero detrás de esa máscara generalmente encontramos un ser triste, devaluado, inseguro y rechazado, desde un mundo que se asocia con ser sesgado por salud, juventud, belleza y éxito.

Cordero plantea que aquellas personas que poseen una autoestima sólida y fuerte serán capaces de enfrentar todas aquellas situaciones de estrés que les ponga la vida y en especial podrán lograr generar los cambios de hábitos para luchar contra la obesidad, sin embargo, cuando la obesidad excede los 25 kilos, la meta para estos pacientes se ve muy lejana y tienden a recaer en sus programas de nutrición, por lo tanto los medios quirúrgicos en ellos son una medida que entrega buenos resultados, puesto que logran bajar rápido de peso.

La escasa literatura en la cual se relacionen estas dos variables, no es del todo concluyente. Un estudio publicado en la Revista Mexicana de Pediatría, “La autoestima y su relación con el IMC al culminar la adolescencia”, se realizó a una muestra de 41 estudiantes de recién ingreso a la universidad en dos momentos con intervalo de un año. El 21% de los estudiantes eran obesos. Al ingreso 26 de los estudiantes (63.4%) presentó una autoestima muy alta y en 15 de ellos (36%) fue alta. Un año después la muestra no presentó diferencias estadísticamente significativas, ni por sexo ni edad. El estudio concluye que no hubo relación entre el IMC y la autoestima, aunque esta última parece disminuir al aumentar el IMC.

4.3 APROXIMACIONES TEÓRICAS RESPECTO AL AUTOCONCEPTO

4.3.1 Autoconcepto Williams James.

James, W (1951), fue el primero en separar y realizar una distinción entre el Mi y el Yo, el Yo remite a uno mismo como sujeto, como ser que conoce, el segundo se refiere a uno mismo como objeto, como contenido de lo que se conoce, Gorostegui (1994).

El Mí como objeto de las autopercepciones fue dividido por James en cuatro aspectos: espiritual, material, social y corporal. Los primeros aspectos se consideraban como los más importantes para medir los niveles de autoestima.

James definió la autoestima como “el éxito de una persona dividido por sus aspiraciones”, en este sentido una persona tendría una baja o alta autoestima de acuerdo con el éxito o el fracaso de sus acciones o logros y las expectativas que se haya formado de ellas.

4.3.2 Lo que dice el interaccionismo simbólico del autoconcepto.

Otro aporte importante realizado a este concepto, fue el entregado por los teóricos del Interaccionismo simbólico. Mead consideran que el Yo tiene su origen en la interacción social. Los sujetos responden al ambiente de acuerdo a la función de significado que ese ambiente tiene para ellos y estos significados están determinados por la interacción social.

Aquellas personas significativas en el desarrollo de un niño, en especial los padres, pasan a ser el primer referente de interacción social, estos van significando e integrando el yo del niño, es decir, aquellas actitudes que el niño observa en las personas con que se relaciona, las va adoptando como propias y las va integrando a su si mismo, estos conocimientos provenientes desde el mundo social lo irán situando como un objeto social y esta posición le servirá para diferenciar lo que es el Yo y el no Yo.

4.3.3 Definición de autoconcepto de Purkley

Purkley (1970), definió el Yo como “un sistema complejo y dinámico de creencias, que un individuo considera verdaderas respecto a si mismo, teniendo cada creencia un valor correspondiente” (Pág. 7). De esta definición se pueden destacar tres aspectos importantes del Yo: el Yo posee un componente evaluativo; dos, es un sistema dinámico y tres, el Yo revela un grado de organización.

El autoconcepto es como pensamos que somos, como nos percibimos a nosotros mismos, en este sentido la autoestima cumple una función evaluativo o de valoración por tanto refiere al grado en que nos satisface lo que pensamos de nosotros mismos.

El aspecto dinámico se relaciona con aquellos componentes defensivos que posee el Yo, Rogers (1969) planteó que el Yo en algunas circunstancias actuaría de manera defensiva y estos aspectos evaluativos pueden llegar a ser contraproducentes, puede existir entonces incongruencia entre como el individuo percibe el Yo real y el Yo ideal.

El aspecto organizativo, sugiere la existencia de niveles en la conformación del Yo, en la parte superior existiría un autoconcepto general y en los niveles inferiores van apareciendo elementos cada vez más diferenciados y especializados de esta organización.

4.3.4 Gordon Allport, el propio Ser.

El propio Ser propuesto por Allport, se refiere a las experiencias centrales de conocimiento de sí mismos que poseen las personas a medida que crecen y se desarrollan. Allport eligió este concepto intencionalmente, pues contiene el prefijo “pro” que se refiere a un movimiento hacia delante, Engler, B. (1996).

Allport, (1961) define al propio ser mediante las funciones que realiza y describió siete funciones básicas en él.

La primera es el sentido del yo corporal, que consta de las sensaciones y los límites del propio cuerpo. En esta función ciertas partes son enfatizadas en desmedro de otras.

La segunda función del propio ser es el sentido de sí mismo, se refiere a la conciencia que cada persona posee de igualdad y continuidad internas.

La tercera función, comienza a desarrollarse entre los dos y los tres años y se refiere a la autoestima. Estos son los sentimientos de satisfacción conforme el niño va desarrollando la capacidad de hacer cosas.

Entre los cuatro y los seis años, el niño desarrolla en conjunto dos nuevas funciones, la auto extensión y la imagen de si mismo. La primera se refiere a un sentido de posesión, el niño tiende a pensar que ciertas personas y objetos le pertenecen. La imagen de sí mismo, se refiere al conocimiento que el niño tiene de las expectativas de los otros y la comparación que hace con su propia conducta.

Entre los seis y los doce años el niño desarrolla la función propia del yo como un afrontador racional. Esta función se refiere al descubrimiento que realiza el niño, en cuanto a conocer su propia capacidad para enfrentar la resolución de problemas, esto genera en el niño un sentido de competencia.

Finalmente durante la adolescencia surge la función de la lucha propia, esta se refiere a la proyección de propósitos y objetivos a largo plazo y al desarrollo de un plan para lograrlos. Estos esfuerzos son muy importantes para el desarrollo de la identidad del individuo.

4.3.5 La perspectiva fenomenológica en Carl Rogers

La definición de autoconcepto con la cual trabajaremos en el presente trabajo, es la presentada por Carl Rogers y utilizada por los autores de la escala Piers Harris.

Rogers fue influido por un movimiento filosófico llamado fenomenología. La referencia etimológica de fenómeno proviene del griego “phainomenon”, que significa “lo

que aparece o se muestra a si mismo”. La fenomenología busca describir aquellos datos que aparecen a nuestra percepción en la experiencia inmediata, lo que importa no es el objeto o el evento en si mismo, sino como lo percibe el individuo. El campo fenoménico se refiere a la suma total de experiencias.

Carl Rogers (1976) plantea que la experiencia de sí mismo engloba todos los hechos y acontecimientos del campo fenomenológico que el individuo reconoce en relación al Yo y constituye la materia con que se forma la estructura experiencial llamada imagen o idea del Yo. Rogers utiliza indistintamente los términos “noción del Yo”, “imagen o idea del Yo” e incluso “estructura del Yo” para referirse a una configuración experiencial que se compone de percepciones referidas al Yo en sus relaciones con los otros y con la vida en general, el autoconcepto, entonces, es un objeto de percepción. Es la imagen que un individuo percibe de si mismo. El término incluye los valores positivos y negativos que el individuo concede a esas percepciones. Rogers (1985), puntualiza además la tendencia del niño a percibir su experiencia como una realidad, su experiencia es su realidad y la natural tendencia que cada individuo posee, esta se refiere a la necesidad de cada organismo a desarrollar al máximo sus potencialidades para su conservación y enriquecimiento, Gorostegui, M (2004)

4.3.6 La definición de autoconcepto de los autores de la escala Piers Harris.

La definición de autoconcepto que ofrecen los autores del test (P-H (a) con que se va a evaluar este atributo respecto de la autovaloración de la autoestima en el presente

trabajo, se sitúa en la perspectiva fenomenológica y Rogeriana que define el término como “una configuración organizada de percepciones del sí mismo que puede ser concienciada” (Piers, E., 1967; 1976; 1984) Sobre esa base, E. Piers (1967) define el autoconcepto, como un set relativamente estable de actitudes descriptivas y también valorativas hacia el sí mismo. Estas autopercepciones dan origen a autovaloraciones (cogniciones) y sentimientos (afectos) que tienen efectos motivacionales sobre la conducta, Gorostegui, M (2004).

4.4 AUTOCONCEPTO VERSUS AUTOESTIMA

Es necesario tener presente que ambos conceptos suscitan gran controversia en los teóricos de la personalidad, en cuanto a si son lo mismo o no. Algunas definiciones del autoconcepto plantean que es la suma de creencias que un individuo posee sobre sus cualidades personales, es decir como nos percibimos a nosotros mismos, mientras que la autoestima responde a la valoración positiva o negativa que se hace sobre estas cualidades en relación con un otro. La autoestima se refiere a cómo la persona se ve a sí misma, cómo piensa de sí y como reacciona ante sí: es una predisposición a percibirse competente o no frente a ciertos desafíos o tareas, Branden (1969). Este proceso inevitablemente marcará y condicionará el desarrollo de las potencialidades del individuo. El niño no nace con un concepto preformado acerca de su valor, de sus competencias, de sus capacidades, méritos y potencialidades, sino que el autoconcepto se va formando y desarrollando paulatinamente como resultado de sus interacciones con los otros, de sus experiencias físicas, psicológicas y sociales, de manera que se aprende, se adquiere y por ende se incorpora. Por otra parte, aunque se trata de una condición bastante estable durante el

desarrollo, está sujeta a cambios en el transcurso del tiempo de acuerdo a como las personas se van percibiendo en su propia línea de tiempo.

4.5 Mirada histórica, biogenética y cultural sobre la obesidad.

Es de carácter general la confusión que se establece entre obesidad y sobre peso al punto que estas se utilizan como sinónimos. Obesidad se refiere a la excesiva cantidad de grasa corporal y exceso de peso, en tanto sobre peso refiere a un aumento del peso corporal en relación a la talla, en los niños la definición de obesidad no siempre es precisa puesto que estos pueden presentar gran cantidad de masa libre de grasa. Rozowski (1997)

La imagen corporal ha sido un tema a tratar no solo en estos tiempos sino a lo largo de la historia, la cultura de los diferentes pueblos nos ha demostrado que forma parte de la humanidad. Es así como hoy podemos comprender, los largos cuellos de jirafa de determinadas tribus de África, las elongaciones o aplastamientos craneales en culturas precolombinas, las atroñas en los pies de mujeres de extremo Oriente producto del vendado a que se les sometía desde la infancia o las elongaciones de orejas o labios, hacían más bellas a estas personas que ahora nos parecen deformes o monstruosas y que atentan contra su propia naturaleza corporal. Sin embargo, en los últimos tiempos la preocupación por la apariencia, la figura, el cultivo del cuerpo, el aspecto físico a colaborado en tan magnitud que hoy los medios audiovisuales y comunicacionales están en constante producción y muestra de cuerpos perfectos, con venta de productos que sugieren el alcance de la perfección, esto ha provocado que un gran número de público que consume estos

productos adquiriera serias repercusiones en su salud, poniendo en peligro la vida, generando fuertes patologías, y generando gastos con altas sumas de dinero, para alcanzar dicha imagen perfecta.

Los cambios provocados a nivel de la imagen corporal, ha dado paso a distintos y diversos cuadros clínicos ya sean del orden físico o mental.

Debemos entender que la imagen corporal es un conjunto complejo, el cual esta integrado por creencias, percepciones, pensamientos pero también de experiencias y sentimientos que el cuerpo produce como efecto de las distintas relaciones que se establecen. Dicho de otro modo la imagen corporal es multidimensional conformada por factores cognitivos, afectivos, emocionales, conductuales, de satisfacción subjetiva, preceptuales o de actitud hacia el cuerpo. Esta percepción junto con la estimación del tamaño del cuerpo, genera aspectos cognitivos de valoración o desvaloración del propio cuerpo ligándose esto directamente con componentes emocionales incorporando sesgos de satisfacción e insatisfacción los que están relacionados con la autoimagen corporal.

Estos sesgos están directamente relacionados con la construcción de imagen corporal que estable nuestra sociedad, siendo la musculatura y el cuerpo tonificado un estándar altamente aceptado.

El siglo XX ha sido especialmente injusto en especial con la silueta femenina a la que se le han impuesto parámetros altamente estrictos en relación a la imagen corporal, siendo estas castigadas socialmente si habitan un cuerpo dominado por un exceso de

tejido adiposo. En esta era de las comunicaciones donde se elevó la figura de Twiggy como referente a seguir adjudicándole a su silueta delgada elementos de sensualidad y belleza.

Fernando Botero escultor y dibujante Colombiano a hecho sentir su molestia por los nuevos cánones estéticos impuestos por nuestra sociedad, en cada una de sus obras las cuales están repartidas por todos el mundo, rescatando en su lenguaje artístico la configuración precolombina de imagen corporal donde la obesidad y el exceso de grasa era visto como signos de salud y fertilidad.

Cuarenta mil años antes de Cristo la obesidad era un factor importante en la historia, época donde el alimento escaseaba y la producción de este solo servía para abastecer lo básico, la hambruna azotaba fuertemente a diversas culturas y civilizaciones humanas. Las diferentes culturas que existieron en la antigüedad, atribuyeron distintos valores a la imagen corporal mediante sus figuras mitológicas. La diosa Venus de Willendoorf, la de Lausell, en Europa, la de Mataumoto en Japón, todas ellas tenían como denominador común la obesidad, dando culto a un exceso de grasa, atribuyéndole a esta característica elementos de fecundidad.

Tanto la psiquiatra M. Rodríguez, y la psicóloga J. Gempeler (2001) postulan que los pacientes con trastornos alimenticios y por ende con trastornos en la imagen corporal suelen auto juzgarse en la misma forma como son percibidos por los demás, lo que provoca que estos desconfíen de su propia percepción, instalándose dudas del tipo obsesivas que muchas veces las lleva a mutilar su propio cuerpo en busca de la perfección

al punto de llegar a una especie de fagocitosis que conlleva trastornos psicológicos, emocionales y físicos.

La imagen corporal es como un a pintura donde la representación mental esta influenciada por las distintas experiencias y las actitudes emocionales hacia el propio cuerpo.

La primera imagen que tenemos del alimento como elemento vital para el cuerpo es la manzana en el paraíso. Esto simboliza el primer deseo, lo vital, lo primordial, quizás es por esto que Caín y Abel se pelearon siendo uno agricultor y el otro pastor.

En un mundo donde la vida era bastante corta la comida jugaba un rol fundamental siendo la imagen corpulenta y obesa muy valorada como símbolo de salud y fertilidad.

Se cree que las cuevas en donde se refugiaban los cavernícolas del paleolítico de los peligros naturales y animales salvajes estaban adornadas con imágenes de hombres y mujeres obesos, puesto que esta estructura era símbolo de salud y longevidad.

Durante la historia los artistas han retratado a las mujeres en especial a las diosas como mujeres voluptuosas en la zona femoroglutea, tanto así que las Vakshi que son los espíritus femeninos que reciben a Buda en su entrada al nirvana son descritas con carnes voluptuosas y en extremo sensuales.

En Colombia el pueblo de los Chipchas representaba a su diosa Bachué de cuerpo voluptuosa compacta y maciza como si la obesidad fuese una metáfora escultórica de grandeza, esta con su esposo como un niño pequeño cobijado entre sus brazos.

Lo mismo hace Miguel Ángel y Leonardo en su lienzos donde fusionan divinidad fertilidad y corpulencia, como si estos fueran signos de grandeza.

El pecado también a estado representado por la obesidad a través de los lienzos del tiempo, distintos artistas han graficado al pecado como una gran masa gulienta devoradoras de placer y lujuria, el ayuno como pasaporte a la santidad era plasmado en cada pincelada así como Dante acuño con su pluma que la gula merecía un castigo ejemplar.

4.6 Componentes biológicos y genéticos de la obesidad.

Bouchard (1996) ha demostrado que el 25-35% de los niños que presentan obesidad en cualquiera de sus rangos se debe a un factor hereditario siendo el mayor índice en padres obesos, la incidencia en 4 veces mayor si un niño presenta un padre obeso y 8 veces si ambos lo son, así también la distribución del tejido adiposo o grasa corresponde a factores hereditarios ya sea de tipo Androide o en forma de manzana en los hombres, o ginoide o en forma de pera en la mujeres, es por esto que los problemas de sobre peso se pueden deber a los patrones genéticos o a las distintas conductas alimenticias de los padres.

Otras investigaciones apuntan a que uno de los factores que inciden en la obesidad infantil es una percepción materna desvirtuada del estado nutritivo de los hijos, Díaz (2000).

Bouchard (1996), propone un modelo multifactorial basándose en la siguiente formula: $P = G + A + G * A * e$, donde P = fenotipo de obesidad, G = efecto de genes

aditivos, A= Factores ambientales y estilo de vida, G* interacción genotipo y ambiente y e = error.

Bouchard (1996), propone algunos genes que son incidentes en la obesidad, entre eso se encuentran los que codifican las proteínas o los receptores: leptina (lepE1) / (lep-R), las proteínas desacoplantes o “uncoupling proteins” (UCPs: UCP1, UCP2, y UCP3), así como el receptor b-3 adrenergico (ADR – B3), la Proopiomelanocortina (POMC), melanocortina (MCR) y el neuropéptido Y(NPY9).

Bouchard (1996), plantea que entre las causas de la obesidad en primer plano podríamos situar la genética, ya que se ha demostrado que existen diversos genes que predisponen a los sujetos a ser obesos, si a esto le sumamos que estas personas metabolizan de manera más lenta, lo cual quiere decir que la quema de calorías a nivel celular es menor., estas personas, tendrán una predisposición estructural en su organismo que los hará subir de peso. En relación a esta hipótesis, los estudio realizados con gemelos han demostrados que estos al ser separados y reubicados en familias disímiles, la obesidad aparece de forma hereditaria, en estos casos la predisposición genética se superpone a las variable del ambiente.

A nivel cerebral, actualmente se conoce que el hipotálamo es el encargado de regular el hambre y la saciedad mediante la transmisión química, aunque este postulado no esta del todo claro es un factor que se debe considerar al momento de tabular posibles causas detonantes de la obesidad, pero al parecer si existe un factor hereditario que nos dice

que los padres que comen mucho generalmente tiene hijos que comen mucho ya sea por modelación o por compensación de otras carencias.

También se ha demostrado que ciertas enfermedades tales como la de cushing, el hipotiroidismo, el Síndrome del ovario poliquístico o deficiencias en la hormona de crecimiento, intervienen en la adquisición de peso de forma indebida. Incluso diversos estudios han demostrado que el uso de medicamentos como corticoides y los antidepresivos de origen triciclito terminan provocando un aumento en el tejido adiposo y por ende provocan un sobre peso

Un factor biológico importante de considerar son las células llamadas adipositos, éstas acumulan la grasa en su interior y se multiplican con gran facilidad durante la infancia si la ingesta calórica es superior a la que requiere un niño diariamente, de acuerdo a su etapa de desarrollo, sin embargo no esta claro si la obesidad esta causada por una ingesta excesiva o por un bajo gasto energético Rozowski (1997). A pesar de esto, el organismo en condiciones normales esta preparado a base de mecanismos complejos para mantener un balance energético adecuado. La energía se va almacenando en forma de tejido adiposo, así el niño puede disponer de unos depósitos de energía construidos en forma de grasas – energía, en tanto la obesidad refleja un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico diario.

4.7 Componentes culturales y/o ambientales de la obesidad.

Otro factor importante al hablar de sobrepeso u obesidad es el componente cultural y/o ambiental. En nuestra cultura, la obesidad se ha transformado en un problema de carácter mundial que compete a todas las clases sociales, la obesidad es una enfermedad propia de los países desarrollados y cada vez más frecuente en los países subdesarrollados, pasando a ser este un problema de salud pública de carácter mundial, del cual instituciones como la OMS y la FAO, están muy preocupadas.

Un factor importante que debemos considerar, es la forma en que las personas desarrollan el trabajo en nuestra sociedad. Una gran parte de los puestos laborales que se desempeñan en la industria el comercio y las diferentes actividades productivas humanas, son puestos que se ejecutan en un escritorio y frente a un computador y además, las demandas familiares a las que están sometidas las personas no les permiten disponer del tiempo necesario para desarrollar actividades físicas o deportivas.

En el caso de los niños la situación es muy similar, ellos pasan una gran parte de su tiempo frente al televisor, el computador y los juegos electrónicos, dejando poco espacio para actividades recreativas que les signifiquen esfuerzo físico.

Otro componente cultural importante, es el significado que las personas atribuyen al comer, muchas veces nuestro entorno social y familiar gira alrededor de una meza y el

compartir es sinónimo de comer. Esto inevitablemente va a influenciar y a modelar la conducta alimenticia de los niños mediante la observación.

Es importante de considerar el exceso de alimentación durante el periodo prenatal y de lactancia, así como la mala nutrición materna y el tipo de estructura familiar al que este pertenece (hijo único, adoptado, padres separados, familias numerosas, madre mayor de 35 años), factores relacionados al clima así como el hacinamiento familiar también aportan a la construcción del niño obeso.

El balance energético o consumo calórico versus gasto es fundamental en el desarrollo del niño, puesto que esta disparidad en el tiempo produce un aumento en los adipositos tejido encargado de acumular el componente adiposo o grasa.

Si consideramos que del total de la ingesta calórica solo el 5% de esta es eliminada por las heces, sudor y orina, en tanto el 95% de la ingesta calórica restante metabolizada en razón del gasto energético es requerido en el día. Un porcentaje de esta es utilizada por el organismo en funciones básicas (MB) lo que corresponde a la energía necesaria para mantener el funcionamiento de nuestro cuerpo (Homeostasis). De este mismo porcentaje el organismo utiliza energía para la actividad física, la cual es obtenida de los macro nutrientes los que corresponden a proteínas 20% 10% grasas y el 70% corresponde a carbohidratos, si estos no son gastados como energía por el organismo este los almacenará como ácidos grasos en el tejido adiposo subcutáneo, esto no solo afecta a la composición corporal sino también al sistema circulatorio el que se ve afectado por el exceso de

triglicéridos y colesterol acumulado, como consecuencia de esto el colesterol malo (LDHL) se eleva pudiendo tapar un vaso sanguíneo provocando problemas cardíacos tales como hipertensión o riesgos coronarios producto de la acumulación de materia grasa en las paredes de los vasos sanguíneos arteriales.

En relación al gasto energético, los datos en niños obesos son contradictorios. Algunos estudios postulan que el gasto energético dentro y fuera del colegio ya sea patio, plaza o colegio es más alto en niños obesos, lo cual se sustenta en la relación Peso/kilómetro, esto refiere a que si un niño no obeso recorre 1 Kilómetro su consumo calórico correspondería a la mitad de su peso, dicho de otro modo si un niño pesa sesenta Kg. Este gastara en dicha distancia 30 Kcal. En tanto si un niño obeso recorre la misma distancia su gasto Calórico será a relación de su peso corporal.

Al considerar el gasto energético en niños no podemos obviar la termogénesis facultativa, que responde básicamente a los cambios de temperatura ambiente, la ingesta de alimentos con su proceso de metabolización, el estrés emocional, hormonas y periodo hormonal entre otras. Estos factores representan alrededor del 10-15% del gasto energético diario, lo cual puede producir variaciones considerables en el peso corporal a través del tiempo (<http://www.cfnavarra.es>).

Si entendemos a la actividad física como “toda acción motriz que genera gasto energético por sobre las necesidades básicas de la vida diaria” Herrera (2002), debemos considerar al sedentarismo desde los tiempos paleolíticos donde los hombres tenían que

cazar para subsistir mientras las mujeres se dedicaban mayormente a cuidar sus crías, sin embargo, esta figura ha cambiado radicalmente, puesto que hoy en día el sobrepeso es un flagelo a nivel mundial, ya sea por el estilo de vida, por el mundo tecnológico que habitamos o simplemente por que la ley del mínimo esfuerzo se ha incrustado en nuestras vidas. Quizás esto en otras épocas era un verdadero lujo pero en nuestros días se ha transformado en una maldición que va anquilosando nuestros cuerpos y nuestros deseos.

“Se denomina sedentarismo a aquel sujeto que realiza menos de 30 minutos de actividad física continua de intensidad moderada, mínimo tres veces a la semana” Herrera (2002).

El ejercicio físico se va mermando con el correr de los años tanto así que el 80% de los niños de entre 5 y 12 años realizan actividad física regularmente, en tanto las personas de entre 45 y 65 años este porcentaje disminuye a un 20%, paradójicamente entre los 25 y 45 años edades de mayor vitalidad y proyecciones solo el 13% de la población hace ejercicios. Estudios complementarios demuestran que las mujeres realizan menos ejercicios físicos que los hombres, al igual que se postula la máxima de a menor nivel educativo menor ejercicio físico versus a mayor nivel educacional mayor será la actividad que contemple ejercicio físico.

4.8 Definición de Obesidad según la FAO.

La FAO “Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación” postula el siguiente criterio para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad; se cataloga como sobrepeso sobre el 10% del valor esperado según sexo, talla y edad, y sobre un 20% del valor esperado según talla, sexo y edad se cataloga como obesidad.

El criterio más exacto para el diagnóstico de la obesidad es la determinación del porcentaje de grasa que contiene el organismo, para tal ejercicio existen diversas técnicas de medición tales como la Antropométrica, la Pletismografía por desplazamiento de aire, la Absorciometría dual de rayos X entre otras, no obstante el indicador más utilizado y es el IMC “Indicador de Masa Corporal”.

El abordaje y posterior tratamiento de esta epidemia no es un tema menor producto de sus componentes refractarios. A pesar de esto es un tema en el que se debe insistir puesto que los riesgos para la población adulta son de alta complejidad y por que no decirlo de un gasto social médico para el estado, producto de las consecuencias físicas y psicológicas que presentaran los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Bajo estos preceptos se hace fundamental incorporar en el inconciente colectivo la importancia de una buena alimentación entendiendo esta como un incremento en la calidad de vida desde el punto de vista psicobiosocial.

Los intentos por clasificar la obesidad axial como para relacionarla epidemiológicamente no han sido menores, quizás la única distinción significativa que puede hacerse de la obesidad infantil es la que diferencia en los niños:

- Un “Patrón Patológico”, asociado a enfermedades endocrinas o genéticas.

Las asociadas a la etiopatogenia de ingesta calórica muy elevada (dietas Hipercalóricas) y/o a la escasa actividad física dentro y fuera del sistema escolar, claro esta que en este análisis no se puede obviar los factores genéticos que predeterminan el almacenamiento de calorías en el tejido adiposo (Células Adipositas). La cual es denominada obesidad simple la que según estudios abarca el 95% de los casos en la edad temprana.

4.9 Tipos de obesidades patológicas.

Síndromes:

S. Down.

S. Klinefelter S.

S. Prader-Willi.

S. Laurence-Moon-Bield.

S. Bórjeson-Forsman.

Pseudohipoparatiroidismo.

S. Carpenter.

S. Alström.

Hipotalámico:

Hidrocefalia.

Trauma cerebral.

Craneofaringioma u otro tumor.

Endocrino:

Enfermedad de Cushing.

Insulinoma.

Síndrome del ovario poliquístico.

Esteroides.

Valproato.

Insulina.

Yatrogénica:

Ciproheptadina.

Ketotifeno.

Antidepresivos tricíclicos.

Inmovilidad:

Espina bífida.

Distrofias musculares.

El listado anterior nos muestra como la obesidad puede estar asociada a otras patologías, siendo estas fáciles de detectar mediante exámenes simples, a diferencia de las anteriores los síndromes de Prader-Willi y Lawrence-moon-Bield, la obesidad rara vez es severa en estos niños.

4.10 Cifras a nivel nacional.

Estudios realizados en distintos países han demostrado que entre 5 a 10% de los niños en edad escolar son obesos, en tanto en los adolescentes la proporción sube significativamente 10 – 20%, similares incidencias se han encontrado en nuestro país, además esta frecuencia tiende a elevarse en países desarrollados, constituyendo la obesidad un problema sanitario de primer orden, al ser un factor común para diversas patologías como por ejemplo la hipertensión arterial, diabetes y las enfermedades cardíacas, MINSAL (2003).

Según un estudio realizado en el año 1960 por ICNND (Interdepartamental on Nutrition for National Defence) de los estados unidos de Norteamérica, en la cual se aplicó una encuesta a nivel nacional. Los datos de dicho estudio arrojaron un 15% de obesidad en hombres y un 17 % en mujeres mayores de 15 años Rozowski, (1997). Al tomar en cuenta los datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud (2003) ENS, tres de cada cinco chilenos presenta algún grado de sobre peso, siendo la prevalencia alcanzada de un 27.4% en mujeres y de un 19.2% en hombres. Por lo que se puede apreciar en el año 1960 versus el año 2003 la diferencia es alarmante lo que permite hablar de una epidemia. MINSAL (2003).

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

En nuestro país, el mapa nutricional de Junaeb realizado en el 2003 y 2004 nos muestra un aumento del 16,7% a un 17,3 en el porcentaje de alumnos de primero básico que tienen obesidad, con un incremento de la talla de un 2.8 cm. para los niños y 2.6 para las niñas entre 1994 y 2004.

El estudio de Junaeb indica que las regiones con mayores prevalencia de obesidad continúan siendo la XI Región con un 22,1% y la XII con 21,8%, mientras que la Segunda Región es la que registra la tasa más baja del país: 14,4%.

Siete son las regiones en las que la obesidad infantil supera el promedio nacional: I, IV, V, VI, X, XI y XII. Las regiones con menor porcentaje de obesidad son la II con 14,4% y la IX con 14,7%.

Las regiones que presentan mayores cifras de población escolar con retraso en talla son la XI con un 5,5% seguida de la IX con un 4%.

Las regiones que muestran una situación más favorable son la VI con 2,4%, seguida de la VIII con 2,7% y la VII con 2,8%.

En el sector urbano hay mayor cantidad de niños con alto peso: 84,7% y en el rural un 15,3%. Del total de menores obesos, el 50,4% corresponde a mujeres y el 49,6% a hombres (www.junaeb.cl, fecha edición: 07-09-2005).

El 0.5% anual ha sido el avance que ha experimentado la obesidad infantil desde 1996 al 2001 en niños de educación parvularia.

Al observar el mapa nutricional elaborado por la JUNAEB en el año 2007 se puede apreciar un incremento en la obesidad de 12% en el año 1993, en tanto en el año 2005 ya se apreciaba un incremento en la obesidad de un 18.5% en los escolares de primero básico tanto en hombres como en mujeres.

Datos otorgados por el INTA dan cuenta que cerca del 30% de los escolares en Chile presentan sobrepeso.

Uno de los factores principales que ha permitido el crecimiento sostenido de la obesidad infantil, son los horarios escolares prolongados, dentro de los cuales el mayor porcentaje de tiempo se destina a realizar actividades de bajo gasto energético. Por otro lado el horario asignado a recreos o juegos de patio está condicionado por factores climáticos, enfermedades respiratorias y por situaciones como finalizar las actividades programadas para la clase; lo que reduce bastante el porcentaje de actividad liviana referida a juegos libres. (INTA, 2004 p.1)

Se estima que el 80% de los niños y adolescentes con algún grado de obesidad seguirán presentando esta patología y las relacionadas, puesto que estudios han demostrado que tres cuartas partes de los adultos que presentaron exceso de peso en su niñez y

adolescencia de, a lo menos, un 160% en relación a su peso ideal, habían sido obesos desde la infancia.

El (INTA) Instituto de Investigación Nutricional y tecnológica de Alimentos, por su parte en su estudio del 2004 informo al gobierno y a la opinión pública, que el aumento en la ingesta de azúcares y grasas se había incrementado en los chilenos. Dicho estudio demostró que en el año 1975 al 1995 el consumo de azúcar se había incrementado de 30,2 a 39,2 Kg./ por persona en un año, y en tanto la grasa ingerida sufrió un incremento de 13,9 a 16,7 Kg./ por persona en nuestro país. Lo cual radicó en un incremento en las personas obesas o con sobrepeso en nuestro país; los cálculos estimados por el (INTA) para el año 2010 muestra una población obesa de 4.350.969, lo cual significaría de acuerdo a las proyecciones poblacionales un 60%. Siendo los problemas más comunes.

- ❖ Hipertensión.
- ❖ Asma.
- ❖ Abnea del sueño.
- ❖ Hipercolestisemia.
- ❖ Diabetes tipo II.
- ❖ Depresión.
- ❖ Problemas psicológicos.

En el mismo informe se afirma que la actividad física constante y saludable a temprana edad junto con una alimentación saludable es fundamental en el desarrollo del

niño, puesto que la posibilidad de perpetuar la obesidad es dos veces superior para los niños que presentaron obesidad temprana.

“Una vez que la obesidad se ha desarrollado se produce una estabilidad del peso en la que la ingesta es equivalente al gasto y el peso es estable. Si se disminuye el aporte de energía (dieta hipocalórica) y se aumenta el gasto (ejercicio físico), se consigue la pérdida de peso.

5.0 MARCO METODOLOGICO.

5.1 Enfoque metodológico cuantitativo.

El objetivo de la ciencia es adquirir conocimientos acerca de un fenómeno que queremos conocer, este tipo de investigación es la que recoge y analiza datos cuantificables, trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre determinadas variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de la muestra sobre la cual se infiere mediante el método deductivo a la población que esta representa.

Por ello, a través de la metodología cuantitativa, podremos utilizar el instrumento seleccionado y cuantificar los niveles de autoestima y luego por medio del método deductivo, realizar las correlaciones que nos permitan analizar las variables de género, edad y peso.

5.2 Tipo y diseño de la investigación.

Estudio comparativo no experiencial con enfoque correlacional-explicativo, no existe manipulación de la variable, los individuos de la muestra han sido seleccionados por presentar las condiciones necesarias para nuestro estudio (ex post facto, muestra no probabilística).

Por tanto se intentará medir de acuerdo a los puntajes obtenidos por medio de la aplicación de test P-H (a), el nivel de autoestima y su relación con la obesidad y posteriormente analizar comparativamente las variables peso, sexo y nivel escolar.

La prueba se aplicó colectivamente a muestras diferentes, pero poblacionalmente equivalentes, niños y niñas de NB-2, NB-3 y NB4 del nivel socioeconómico medio de colegios particulares subvencionados pertenecientes a la comuna de Maipú.

5.3 Delimitación del campo a estudiar.

El universo está conformado por escolares de Enseñanza Básica de clase media de la comuna de Maipú.

La muestra comprende a niños y niñas del nivel NB2, NB3 y NB4 de nivel socioeconómico medio de Enseñanza General Básica de colegios particulares subvencionados de esta comuna.

Para su composición se consideró el nivel socioeconómico medio, puesto que este es más representativo y presenta características de los otros dos grupos.

La variable nivel socioeconómico fue estratificada de acuerdo a criterios utilizados en el Ministerio de Educación para estos efectos.

El colegio o escuela es asimilado al término técnico de “Establecimiento Educativo” y corresponde al lugar físico en cuyo interior funciona una o más unidades educativas de acuerdo al tipo o rama de enseñanza que imparte (científico-humanista, técnico-profesional, etc.)

Nivel socioeconómico corresponde a una característica de los alumnos de la muestra en función de los ingresos familiares y nivel educacional de la familia. Para la elección de los colegios se utilizarán los estudios realizados en la Secretaría Regional Ministerial de Educación Metropolitana, sobre ingreso familiar y gasto en Educación. Según el resultado de numerosas investigaciones en esa línea, el nivel socioeconómico puede asimilarse a la dependencia administrativa de los establecimientos (Rimassa, A.C., 1990). La dependencia corresponde a instituciones o personas que administran los establecimientos educativos y pueden ser:

- ❖ **Corporaciones:** personas jurídicas de derecho privado sin fines de lucro que administran establecimientos de educación y a los cuales MINEDUC entrega recursos.
- ❖ **Fiscal:** dependen directamente de MINEDUC. Actualmente sólo pertenece a este nivel al colegio Villa Las Estrellas en la Antártica.
- ❖ **Municipal:** administrados por las respectivas municipalidades.
- ❖ **Particular no subvencionado (pagado):** la administración está entregada a particulares, no reciben subvención estatal y son financiadas por padres y apoderados.

- ❖ **Particular subvencionado:** administrados por sostenedores privados (pertenecen a ellos) y reciben subvención estatal.

Del listado proporcionado por MINEDUC con los colegios del área Metropolitana, ordenados por dependencia se seleccionarán colegios particular subvencionados de la comuna de Maipú. Se seleccionará más de un colegio previendo dificultades para obtener autorización de los directores para aplicar la prueba a grupos curso enteros, y por la posible falta de individuos que encajen para nuestro estudio.

Para cada establecimiento educacional, los cursos se seleccionarán aleatoriamente. En tanto los alumnos escogidos para nuestra muestra deberán tener las características requeridas por el IMC para discriminar niños obesos y no obesos.

5.4 Diseño de investigación

La prueba se aplicó colectivamente a muestras diferentes, pero poblacionalmente equivalentes niños y niñas de NB-2, NB-3 y NB-4, de nivel socioeconómico medio, de colegios particulares subvencionados pertenecientes a la comuna de Maipú, para obtener información de cómo es construida la autovaloración en grupos con problemas de obesidad en contraparte a niños de contextura delgada en las mismas condiciones.

5.5 Hipótesis.

- ❖ Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima según la prueba de Piers Harris en niños obesos y no obesos, del nivel NB2 y NB3, de estrato socioeconómico medio pertenecientes a colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú.

- ❖ Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas por género en relación al IMC, en los niveles de autoestima según la prueba de Piers Harris. en niños obesos y no obesos, del nivel NB2 y NB3, de estrato socioeconómico medio pertenecientes a colegios particulares subvencionados de la comuna de Maipú.

5.6 *Técnicas e instrumentos de recolección de la información.*

5.7 Índice masa corporal

Para dicha medición se utilizará una balanza estándar y una huincha de medir, por medio de estos instrumentos los niños serán medidos y pesados. Luego se les aplicará la ecuación de IMC (Índice de Masa Corporal) con el fin de determinar en que rango se encuentra cada niño.

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg.)} \times \text{Talla (CM)}^2$$

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

Por medio de esta ecuación se podrá clasificar a los niños en distintos rangos dependiendo del porcentaje de tejido adiposo en relación a la masa corporal (IMC)

Relación entre peso y patología asociada

Clasificación	IMC. (Kgr. / m2)	Patología
Bajo Peso	< 18.5	Moderado
Rango Normal	18.5 – 24.9	Promedio
Sobre Peso	25 – 29.9	Aumento
Obesidad Grado I	30 – 34.9	Moderado
Obesidad Grado II	35 – 39.9	Severo
Obesidad Grado III	> = / 40	Muy severo

El cuadro muestra la relación entre peso y clasificación patológica en relación al IMC. Se considera como patología desde el nivel I de obesidad. (Fuente: Organización Mundial de la Salud 1998).

Para efectos del estudio se trabajó con los niños que se encuentren en los rangos de Peso Normal (18.5 – 24.9) y Obesidad grado I (30 – 34.9)

6.0 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PRUEBA DE PIERS – HARRIS (A).

Para evaluar autoconcepto, se utilizó la Escala de Evaluación de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, E. 1984) adaptada y estandarizada para Chile por M.E.Gorostegui en 1992. El test original es una escala autorreporte ampliamente utilizada y difundido en Estados Unidos desde su primera publicación en 1967 y su posterior edición revisada en 1984. La Escala está destinada a evaluar auto concepto en niños y adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 8 y los 18 años, este consta de 70 ítems los cuales están formulados de manera legible y comprensible para los niños.

La adaptación y normalización para Chile fue realizada de acuerdo a normas clásicas de construcción de pruebas psicológicas. La forma adaptada consta de 70 ítems formulados de manera legible y comprensible para los niños y con un adecuado nivel de complejidad lingüística. La forma adaptada está destinada a niños en edad escolar entre 3° y 6° básico inclusive. La normalización se limitó a este grupo etáreo por consideraciones teóricas de diversa índole Gorostegui, M.E. (2004). (Ver anexo página 115).

7.0 APLICACIÓN DE LA ESCALA

La principal dificultad que presentó este estudio tiene relación con la obtención de las autorizaciones para pesar y medir a los alumnos, puesto que, para los directivos y docentes de los establecimientos seleccionados, este proceso perturba el normal funcionamiento escolar afectando directamente el rendimiento académico de los alumnos.

De esta manera la prueba se aplicó en cada uno de los tres establecimientos, pero al no contar con las autorizaciones para medir y pesar a los niños, fueron seleccionados con los datos proporcionados por los profesores de Educación Física, quienes deben realizar una medición antropométrica a sus alumnos en dos momentos durante el año escolar, en marzo y noviembre. Luego se calculó el IMC para seleccionar los sujetos que comprenderían la muestra.

El instrumento fue aplicado a una muestra total de 312 alumnos durante el período escolar comprendido entre noviembre y diciembre de 2007.

El grupo de evaluadores se componía de los tesisistas y la profesora que estaba a cargo del curso al momento de la aplicación de la prueba. La profesora a cargo del curso era instruida en la forma de aplicación del test con el fin que esta pudiese proporcionar información adicional a los niños que la solicitaran.

La escala fue administrada en las mismas salas de clase, en horarios regulares. El primer momento se destinaba para crear un buen ambiente explicando que la prueba no tenía nota y que por tanto debían contestar libremente, esto con el fin de establecer un buen vínculo con los niños.

La aplicación del instrumento se realiza de acuerdo a estándares especificados en el manual estandarizado para Chile Gorostegui (1992).

El tiempo de aplicación para la prueba equivalía aproximadamente a una hora pedagógica (45 minutos). Las aplicaciones se realizaron en forma colectiva por nivel con los alumnos que pertenecieran a los rangos requeridos por la muestra.

El test se aplicó a los grupos curso de cada nivel de los tres establecimientos, previa selección de los alumnos que contaban con las características antropométricas requeridas para la muestra sin discriminar sexo. La prueba se realizó con la cantidad de alumnos presentes al momento de la evaluación, lo que explica que el número de alumnos no sea igual para todos los cursos.

8.0 PROCEDIMIENTO.

Se realizaron los siguientes procedimientos clásicos para este tipo de estudios comparativos (tendencia central y dispersión) de los resultados.

- ❖ Aplicación de pruebas a la muestra seleccionada.
- ❖ Corrección de tests y tabulación de los datos.
- ❖ Histogramas de datos.
- ❖ Cálculo de promedios y desviaciones estándar.
- ❖ Cálculo de la T de Student (de 1 cola) para diferencia de medias (0.05 y 0.01), para valor t observado (t_o), parámetro p y t crítico (t_c).
- ❖ Análisis de varianza con cálculo de parámetro F de Fisher, parámetro p y valor F crítico.
- ❖ Confección de cuadros y tablas.
- ❖ Análisis de la información una vez realizados los cálculos estadísticos.
- ❖ Conclusiones.

8.1 *Análisis de resultados.*

A continuación se analizan los resultados obtenidos una vez tabulados los datos, se aplican los estadígrafos adecuados, realizando los análisis de varianza correspondientes, calculando las pruebas de significación para diferencias, etc.

La presentación de los resultados y sus correspondientes análisis, se realiza de acuerdo al siguiente esquema partiendo de lo más general, hasta llegar a lo más específico.

8.2 *Análisis estadístico escala total*

- ❖ Resultados totales por sexo para la escala total.
- ❖ Resultados totales por sexo y curso para la escala total.
- ❖ Resultados totales para obesos y no obesos.
- ❖ Análisis estadístico descriptivo.
- ❖ Resultados por curso y análisis por rango de puntaje por curso y sexo.

8.3 *Análisis estadístico por subescalas*

- ❖ Resultados totales por subescalas para sexo y contextura física.
- ❖ Desglose de resultados por subescalas para análisis.

8.4 *Resultados por ítem*

- ❖ Análisis de las diferencias de resultados por ítem para niños y niñas, según contextura física.
- ❖ Análisis de las diferencias de resultados por ítem y por sexo.
- ❖ Se presentan los cuadros de resultados con sus correspondientes análisis y comentarios al pie de cuadro.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

9.0 Descripción general de la muestra

9.1 Composición de la muestra

n = 312

N°	Colegio	Dependencia	Comuna	N	%
1	Alberto Widmer	Subvencionado	Maipú	57	18,269%
2	Instituto OHiggins	Subvencionado	Maipú	69	22,115%
3	Alicante de Maipú	Subvencionado	Maipú	186	59,615%

En la siguiente tabla se puede apreciar la composición de la muestra, la cual fue obtenida de colegios particulares subvencionados de nivel socioeconómico medio de la comuna de Maipú, las diferencias de n están dadas por la disposición de los establecimientos, datos requeridos y por el nivel de asistencia el día de la aplicación de dicha prueba.

Cuadro N° 1 a.

Este muestra la estadística descriptiva de n = 312.

<i>!Especificación de carácter no válida</i>	
Media	51,82692308
Error típico	0,603674251
Mediana	54
Moda	63
Desviación estándar	10,66301325
Varianza de la muestra	113,6998516

Cuadro N° 1 b

Estratificación de la muestra de acuerdo a variable sexo

Sexo	N	%
Hombres	159	50,961%
Mujeres	153	49,038%
Total	312	100

La tabla muestra la distribución en relación a sexo y su porcentaje parcial y total para la muestra.

Cuadro N° 2

Estratificación de la muestra de acuerdo a variables sexo y curso

Sexo	H	M
Curso		
3°	41	33
4°	50	52
5°	30	32
6°	38	36
Total	159	153

El cuadro N° 2 presenta la composición de la muestra y como esta se distribuye según sexo y curso.

Cuadro n° 3

Estratificación de la muestra de acuerdo a la variable contextura física.

	3°		4°		5°		6°		Total
	Obesos	No Obesos							
Hombres	18	23	28	22	15	15	17	21	159
Mujeres	17	16	18	34	16	16	20	16	153
Total	35	39	46	56	31	31	37	37	312

El cuadro N° 3 muestra la composición de la muestra y como esta se distribuye según cursos, sexo y contextura física.

10.0 RESULTADOS ESCALA TOTAL.

Cuadro N° 4 a

Distribución de los puntajes en intervalos de 10 puntos, por sexo y expresado en % y puntaje.

Puntaje	Mujeres	Hombres	Total	Puntaje	Mujeres %	Hombres %	Total %
0-10	0	0	0	0-10	0	0	0
11-20	1	0	1	11-20	0.32	0	0.32
21-30	5	11	16	21-30	1.60	3.52	5.12
31-40	12	16	28	31-40	3.84	5.13	8.96
41-50	33	43	76	41-50	10.57	13.78	24.35
51-60	53	66	119	51-60	16.98	21.15	38.14
61-70	36	36	72	61-70	11.54	11.54	23.07
	150	162	312		48.05	51.95	100

El cuadro presenta la comparación de los promedios obtenidos, por intervalos de puntaje, lo que permite conocer la forma en que se distribuyen estos datos (información que no proporcionan los promedios totales) El número de niñas que obtienen puntajes dentro del intervalo de 61 a 70 puntos es igual al número de varones que alcanzan dicho puntaje (11.54). En la misma línea, los porcentajes de niñas que se ubican en los intervalos de menores puntajes, muestra tendencia a descender al igual que en los varones, pero la mayor cantidad de niños se ubica en los puntajes medios, a diferencia de las niñas que alcanzan puntajes menores. En general, el cuadro muestra sólo tendencias en la distribución de resultados.

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

Cuadro N° 4 b

**Distribución de los puntajes en intervalos de 10 puntos, por talla y
expresado en % y puntaje**

Puntaje	Obesos	No obesos	Total	Puntaje	Obesos %	No obesos %	Total%
0-10	0	0	0	0-10	0	0	0
11-20	0	1	1	11-20	0	0.32	0.32
21-30	11	5	16	21-30	3.52	1.60	5.12
31-40	14	14	28	31-40	4.48	4.48	8.96
41-50	37	39	76	41-50	11.85	12.50	24.35
51-60	59	60	119	51-60	18.91	19.23	38.14
61-70	29	43	72	61-70	9.29	13.78	23.07
	150	162	312		48.05	51.95	100

El cuadro presenta la comparación de los promedios de puntajes obtenidos, por intervalos de puntaje, lo que permite conocer la forma en que se distribuyen los sujetos en dichos puntajes (información que no proporcionan los promedios totales). El número de individuos que obtienen puntajes dentro del intervalo de 61 a 70 puntos es mayor para individuos de contextura delgada, que los niños de contextura obesa (13.78). En la misma línea, los porcentajes de niños delgados que se ubican en los intervalos de menores puntajes, muestra tendencia a descender al igual que en los niños obesos, la mayor cantidad de niños se ubica en los puntajes medios, para niños delgados, excepto un caso aislados que se ubican en puntajes bajos, a diferencia de las individuos obesos donde la distribución tiende a la media con desplazamiento a puntajes altos, pero de menor media que en sujetos delgados. En general, el cuadro muestra sólo tendencias en la distribución de resultados, en la mayoría de los casos, son significativas estadísticamente sobre el promedio porcentual de los individuos.

Cuadro N° 5

**Comparación de medias y D.S. de los puntajes totales por talla, con
t observada (to)**

	No obesos	Obesos
Promedio	52,95679012	50,60666667
Desv. Estándar	9,999595498	11,2422362
N	162	150
Prueba t	p= 0,05270 to= 1.6499 valor no significativo	p=-1.945 to= 0.0266 Valor no significativo

El cuadro N° 5 muestra diferencias no significativas en promedio para escala total de individuos de contextura obesa y no obesa. Se observa una diferencia de 2.3 puntos en la escala de autovaloración a favor de los niños no obesos. Se observa también, una mayor homogeneidad en la muestra de individuos que no presentan obesidad, ya que, su desviación estándar es menor que la de los niños de contextura obesa.

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

Cuadro N° 6

Cuadro comparativo de promedios de autoestima por curso y talla

(n=312)

Curso	No obesos			Obesos		
	Promedio	Desv. Estándar	N	Promedio	Desv. Estándar	N
3°	46,06426766	11,38635687	39	53,8	10,98073179	35
4°	53,70909091	9,015773682	55	48,19	12,08970097	46
5°	54,33333333	9,074919651	33	50,76	11,67361698	25
6°	52,28571429	10,75822921	35	50,5	9,952211394	44

El cuadro N° 6 muestra las diferencias de promedios de puntaje por cursos para obesos y no obesos. En 4°, 5° y 6° básico, los niños delgados superan a los niños obesos en el promedio de autoestima, no obstante, los niños obesos de tercero básico obtienen un alta puntuación en su nivel de autoestima respecto de los no obesos, estos obtienen una diferencia de 7.74 puntos a favor, lo que provoca que los promedios se equiparen al analizar la totalidad de la muestra. Este dato no deja de ser curioso puesto que difiere significativamente de lo que se esperaría encontrar, una autoestima de los niños obesos levemente menor que la de los no obesos. Tal vez en esta etapa del desarrollo, los niños no otorguen aún una alta valoración al aspecto físico.

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

Cuadro N° 6a

T observado en comparación de puntajes promedio por curso para un

n = 312

To	3°	4°	5°	6°
3°	-----	0,76652	-0,155936	0,694293
4°	0,766520	-----	-0,915818	0,954324
5°	-0,155936	-0,91581	-----	0,842097
6°	0,694293	0,95432	0,842097	-----

Cuadro N° 7

Prueba de Fisher (anova) 1 factor, para origen de las variaciones entre

grupos e intra grupos n = 312

F	Fc
0.80656	0,791151
Prob. aceptar Ho	0,07249372

F < Fc

P > 0.05

Los resultados del análisis de la varianza permiten aceptar Ho, es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima entre niños y niñas de contextura delgada y obesa, con un nivel de confianza de 95%.

F estadísticamente es significativo, F < Fc y p > 0.05

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

Cuadro N° 8

Comparación de estadísticos de los colegios estudiados

	Alberto Widmer	O'Higgins	Alicante de Maipú
Promedio	50,50877193	50,86956522	52,58602151
Error típico	1,511054257	1,409369609	0,732901057
Mediana	53	53	55
Moda	53	65	63
Desviación estándar	11,40820946	11,70710323	9,995437785
Varianza de la muestra	130,1472431	137,056266	99,90877652

El cuadro N° 9 muestra un mayor puntaje promedio en la escala de P-H (a) a favor del colegio alicante de Maipú, así como presenta una mayor homogeneidad en su distribución, en relación al colegio Alberto Widmer e instituto O'Higgins, los cuales presentan estadísticos muy similares. Sin embargo los tres colegios se ubican en el rango promedio de valoración del autoconcepto de acuerdo a la escala establecida por la prueba.

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

Cuadro N° 9

**Promedio y Desviación Estándar de los puntajes por Subescala y talla
con indicación de t**

Subescala	Puntaje máximo	No obesos			Obesos			Prueba t		
		Promedio	Desv. Estándar	N	Promedio	Desv. estándar	n	to	P	Tc
1	15	11,3765432	2,923486883	162	11,1	2,8159422	150	0,850917	0,02635	1.963
2	15	10,4135802	3,094063765	162	10,15333	3,2579004	150	0,722202	0,23536	1.963
3	12	9,29012346	2,481439421	162	8,546667	2,9505697	150	2,398889	0,00854	1.963
4	13	9,19753086	2,326833762	162	8,486667	2,8111396	150	2,422561	0,00801	1.963
5	12	8,09876543	1,821915846	162	7,373333	2,1000053	150	3,247801	0,00065	1.963
6	11	8,72839506	1,645716032	162	8,02	2,0837176	150	3,315029	0,00052	1.963

El cuadro N° 9 presenta los promedios por subescalas para los grupos obesos y delgados, además de la prueba student en la cual se valida o rechaza si la diferencia es significativa entre ambos grupos. Siendo estadísticamente significativas las diferencias para las subescalas 3, 4, 5 y 6.

En tanto en todas las escalas se evidenció que los individuos delgados obtuvieron mayores puntajes promedios que los individuos obesos.

10.1 *Análisis estadístico por subescalas.*

10.1.1 **Subescala Conducta**

Esta subescala que esta compuesta por 15 ítems nos arroja datos de cómo es el comportamiento de los niños obesos y no obesos y como estos se comportan en distintos escenarios, así como también dan cuenta del grado en que el niño puede asumir o negar algún tipo de conductas problemáticas. El tipo de respuesta que entregan los niños permite visualizar como este evalúa su problema, los lugares donde se producen, si el niño posee un buen locus de control interno o una atribucionalidad externa.

Una puntuación alta puede ser interpretada como ausencia real de problemas o como un mecanismo de defensa al negar los problemas.

Cuadro N° 11 a

**Cuadro resumen de resultados para obesos y no obesos en
subescala Conducta.**

puntaje máximo	No obesos			Obesos			prueba t		
	Promedio	Desv. Estándar	N	Promedio	Desv. Estándar	N	To	P	Tc
15	11,38	2,923487	162	11,1	2,81594215	150	0,85092	0,02635031	1.963

El cuadro N° 11 a. No muestra diferencias significativas entre individuos delgados y obesos. Puesto que los promedios no muestran una diferencia en sus puntajes.

Tabla N° 11 b

Estadística descriptiva general para la subescala de Conducta

n 312

Estadística descriptiva de subescala Conducta	
Media	11,24358974
Error típico	0,162539187
Mediana	12
Moda	14
Desviación estándar	2,871014464
Varianza de la muestra	8,24272405
Curtosis	-0,307338093
Coefficiente de asimetría	-0,675519853
Rango	13
Mínimo	2
Máximo	15

El cuadro N° 11 b. Muestra la estadística descriptiva de la subescala de Conducta Escolar.

Cuadro N° 11 c

**Cuadro comparativo entre hombres y mujeres dentro de la subescala de Conducta
n 312**

Mujeres			Hombres			prueba t		
Promedio	Desv. Standar	N	Desv.			To	p	Tc
			Promedio	Estándar	N			
11,764286	2,656905525	140	10,8198	2,97496	172	2,9592	0,0017	1.963

El cuadro N° 11 c, muestra diferencias significativas por género, en la sub escala Conducta las mujeres obtienen un mayor porcentaje que los hombres.

10.1.2 Estatus Escolar e Intelectual.

Esta subescala evalúa la autovaloración que posee el niño con relación a su desempeño académico, y cual es el sentimiento generalizado hacia el colegio. Una baja puntuación se interpreta como dificultades específicas en las tareas y actividades académicas relacionadas con el colegio.

En esta subescala, además, se puede observar si existe relación entre obesidad y una autoestima baja en relación a como el niño se percibe intelectualmente.

Tabla N° 12 a

Comparación de obesos y no obesos para subescala de Estatus Escolar e Intelectual.

Subescala	puntaje máximo	No obesos			Obesos			prueba t		
		Promedio	Desv. estándar	N	promedio	Desv. Estándar	n	to	p	tc
2	15	10,4135802	0,47063123	162	10,15333	0,47614	150	0,722	0,235362	1.963

En el cuadro N° 12 a, los puntajes no muestra diferencias significativas entre individuos obesos y no obesos, aunque se observa una leve tendencia mayor en los niveles de autoestima de los niños no obesos.

Tabla N° 12 b

Estadística descriptiva general para la subescala de Estatus Escolar e Intelectual.

n = 312

Estadística descriptiva para la subescala Estatus Escolar e Intelectual	
Media	10,28846154
Error típico	0,179547164
Mediana	11
Moda	12
Desviación estándar	3,17143524
Varianza de la muestra	10,05800148
Curtosis	-0,59478902
Coefficiente de asimetría	-0,465308711
Rango	14
Mínimo	1
Máximo	15
Suma	3210
Nivel de confianza (95,0%)	0,353280783

El cuadro N° 12 b, muestra la estadística descriptiva de la subescala de Estatus Escolar.

Tabla N° 12 c

Cuadro comparativo entre hombres y mujeres dentro de la subescala de Estatus

Escolar e Intelectual n 312.

Mujeres			Hombres			prueba t		
Promedio	Desv. estándar	N	Promedio	Desv. Estándar	N	To	p	tc
10,421	3,1806	140	10,1802326	3,16912443	172	0,66729299	0,25255156	1.963

El cuadro N° 12c, no muestra diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Si se observa una leve diferencia a favor de las mujeres.

10.1.3 Apariencia y Atributos Físicos.

La subescala Apariencia y Atributos Físicos, esta compuesta por 12 ítems y refleja las actitudes infantiles relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas frente a los demás de manera que éstas sean aceptadas por los otros y como estos sean obesos o no obesos se perciben.

La variable sexo en esta subescala es más sensible. El puntaje bajo puede ser representativo de una baja autoestima en relación a su imagen corporal y atributos relacionados, lo cual permite visualizar la posible diferencia si es que existiera entre niños obesos y no obesos. Los 12 ítems reflejan las actitudes infantiles relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas.

Tabla N° 13 a

Comparación de obesos y no obesos para la subescala de Apariencia y Atributos Físicos n 312.

subescala	Puntaje máximo	No obesos			Obesos			prueba t		
		Promedio	Desvstandar	n	Promedio	Desvstandar	N	To	p	tc
3	12	9,2901	2,48143942	162	8,547	2,95057	150	2,399	0,008536	1.963

El cuadro N° 13 a, muestra diferencias estadísticamente significativas entre individuos obesos y no obesos. El grupo obesos posee un nivel de autoestima menor.

Tabla N° 13 b

Estadística descriptiva general para la subescala de Apariencia y Atributos Físicos.

n 312

Estadística descriptiva general para la subescala Apariencia y Atributos Físicos	
Media	8,932692308
Error típico	0,155013056
Mediana	10
Moda	12
Desviación estándar	2,738076483
Varianza de la muestra	7,497062825
Curtosis	0,150592117
Coefficiente de asimetría	-0,926056315
Rango	11
Mínimo	1
Máximo	12
Nivel de confianza (95,0%)	0,305006955

El cuadro N° 13 b, muestra la estadística descriptiva de la subescala de Apariencia y Atributos Físicos.

Tabla N° 13 c

Cuadro comparativo entre hombres y mujeres dentro de la subescala de Apariencia y Atributos Físicos n 312.

Mujeres			Hombres			Prueba t		
Promedio	desvstandar	N	Promedio	desvstandar	N	To	P	Tc
8,914285714	2,73	140	8,94767	2,76	172	-0,107	0,4574	1.963

El cuadro N° 13 c, no muestra diferencias estadísticamente significativas por genero, lo que se aprecia es una mayor puntuación en el promedio de los hombres en relación a las mujeres, la cual es muy leve.

10.1.4 Subescala Ansiedad.

La subescala de ansiedad nos permite visualizar como los niños obesos y no obesos se comportan y autoperceben frente a ciertas situaciones, a su vez esta da cuenta por medio de sus 13 ítems, de un humor disfórico o alterado. La composición de esta escala apunta a la percepción que tiene el niño frente a variadas emociones específicas que incluyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo y en general, sentimientos de no ser tomado en cuenta. Esta escala tiene la peculiaridad de entregar información que nos permita sugerir una terapia psicológica posterior, mas aun las respuestas están, marcadas por una baja puntuación.

Tabla N° 14 a

Comparación de obesos y no obesos para la Subescala de Ansiedad.

Subescala	Puntaje máximo	No obesos			Obesos			prueba t		
		promedio	desvstandar	N	promedio	Desvstandar	N	To	P	tc
4	13	9,198	2,326834	162	8,487	2,81114	150	2,42256	0,008012103	1.963

El cuadro N° 14 a. muestra diferencias estadísticamente significativamente entre individuos obesos y no obesos. Puesto que los promedios muestran una diferencia en sus puntajes, a favor de los individuos no obesos, la cual se valida con la prueba t.

Tabla N° 14 b

Estadística descriptiva general para la subescala de Ansiedad

n 312

Estadística descriptiva general para la subescala de Ansiedad	
Media	8,855769231
Error típico	0,146710348
Mediana	9
Moda	11
Desviación estándar	2,591421425
Varianza de la muestra	6,715465001
Curtosis	-0,082096467
Coefficiente de asimetría	-0,697047223
Rango	11
Mínimo	2
Máximo	13
Nivel de confianza (95,0%)	0,288670372

El cuadro N° 14 b, muestra la estadística descriptiva de la subescala de Ansiedad.

Tabla N° 14 c

Cuadro comparativo entre hombres y mujeres en la subescala de Ansiedad

n 312.

Mujeres			Hombres			prueba t		
Promedio	Desv. Standard	n	promedio	Standard	N	To	P	Tc
8,62857	2,66969	140	9,0407	2,5186	172	-1,39094709	0,08265388	1.963

El cuadro N° 14 c, no muestra diferencias estadísticamente significativas por género, si observan mayores índices de ansiedad en las mujeres. Este resultado es consistente en la tendencia observada en otras investigaciones puesto que esta subescala es más susceptible que otras a la variable sexo.

10.1.5 Subescala Popularidad.

Esta subescala esta compuesta por 11 ítems, los que dan cuenta si el niño obeso o no obeso se integra de manera activa a su grupo de pares y cual obtiene mayor aceptación y si se siente o no capaz de hacer amigos, si es o no elegido para participar en juegos, si es aceptado o no por su grupo de pares. Esta escala nos permite visualizar si al niño obeso le es mas difícil integrarse a su grupo de pares, un bajo puntajes en la subescala de Popularidad, puede indicar retraimiento social, timidez, falta de habilidades y destrezas sociales, o rasgos de personalidad que facilitan, que el niño sea aislado o rechazado por sus pares y no necesariamente que estos factores estén determinados por características morfológicas.

Tabla N° 15 a

Comparación de obesos y no obesos para la subescala de Popularidad.

subescala	puntaje máximo	No obesos			Obesos			Prueba t		
		Promedio	Desv. Standard	N	promedio	Desv. Standard	N	To	P	tc
5	12	8,099	1,821916	162	7,373	2,100005	150	3,2478	0,000648366	1.963

El cuadro N° 15 a, muestra diferencias estadísticamente significativas entre individuos obesos y no obesos. Los individuos no obesos en esta subescala, presentan un mayor promedio de puntaje en la escala de Popularidad. Esto indica que la obesidad si

incide en la autoestima de los niños, puesto que la popularidad se relaciona con el ser aceptado por otros y con el como estos me perciben. El obtener bajos puntajes en esta subescala puede indicar la presencia de retraimiento social, timidez y falta de habilidades y destrezas sociales.

Tabla N° 15 b

Estadística descriptiva general para la subescala de Popularidad

n 312.

Estadística descriptiva general para la subescala de Popularidad	
Media	7,75
Error típico	0,112703129
Mediana	8
Moda	10
Desviación estándar	1,990734163
Varianza de la muestra	3,963022508
Curtosis	0,431397219
Coefficiente de asimetría	-0,797731025
Rango	10
Mínimo	1
Máximo	11
Nivel de confianza (95,0%)	0,22175705

El cuadro N° 15 b, muestra la estadística descriptiva de la subescala de Popularidad.

Tabla N° 15 c

Cuadro comparativo entre hombres y mujeres en la subescala de Popularidad

n 312.

Mujeres			Hombres			prueba t		
Promedio	Desv. Standard	N	Promedio	Desv. Standard	N	To	P	Tc
7,778571429	1,98	10	7,72674	2,01	172	0,2287	0,4096	1.963

El cuadro N° 15 c, no muestra diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, los promedios muestran una diferencia a favor de las mujeres, pero esta es muy leve (0.05 puntos en el promedio).

10.1.6 Subescala Felicidad y Satisfacción.

Esta subescala nos presenta 11 ítems, los que reflejan como el niño se percibe frente a un sentimiento general de ser feliz y estar satisfecho de vivir. Los puntajes bajos se asocian a infelicidad, autovaloración negativa general y un fuerte anhelo de ser diferente, lo que podría estar asociado a una autoimagen negativa producto de su construcción morfológica, así como también la baja puntuación por parte de los niños en esta subescala puede interpretarse como un llamado de atención frente al cual debe intervenir profesionalmente.

Tabla N° 16 a

Comparación de individuos obesos y no obesos para subescala de Felicidad y Satisfacción.

Subescala	puntaje máximo	No obesos			Obesos			prueba t		
		Promedio	Desv. estándar	N	promedio	Estándar	n	To	p	Tc
6	11	8,728	1,645716	162	8,02	2,083718	150	3,31503	0,000517903	1.963

El cuadro N° 16 a, muestra diferencias estadísticamente significativas a favor de los individuos no obesos en la subescala de Felicidad y Satisfacción. Los resultados obtenidos indican una relación directa entre obesidad y autoestima, puesto que uno de los indicadores

que pesquisa esta subescala es la autovaloración negativa, además, una baja puntuación se asocia con infelicidad y un fuerte anhelo por querer ser diferente.

Tabla N° 16 b

Estadística descriptiva general para la subescala de Felicidad y Satisfacción

n 312.

Estadística descriptiva subescala de Felicidad y Satisfacción	
Media	8,387820513
Error típico	0,107535833
Mediana	9
Moda	10
Desviación estándar	1,899461523
Varianza de la muestra	3,607954077
Curtosis	1,302067915
Coefficiente de asimetría	-1,409418717
Rango	8
Mínimo	2
Máximo	10
Nivel de confianza (95,0%)	0,211589771

El cuadro N° 16 b, muestra la estadística descriptiva de la subescala de Felicidad y Satisfacción.

Tabla N° 16 c

**Cuadro comparativo entre hombres y mujeres dentro de la subescala
de Felicidad y Satisfacción n 312.**

Mujeres			Hombres			prueba t		
Promedio	Desv. Estándar	N	promedio	Desv. estándar	N	To	P	Tc
8,514	1,9618143	140	8,28	1,84651	172	1,05	0,1462	1.963

El cuadro N° 16 c, no muestra diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en esta subescala, si se observa una diferencia en los promedios a favor de las mujeres.

10.1.7 Ítems no Agrupados en Subescalas.

Tabla N° 17 a

Comparación de obesos y no obesos para Ítems no Agrupados en Subescalas.

subescala	Puntaje máximo	No obesos			Obesos			prueba t		
		Promedio	Desv. estándar	n	promedio	Estándar	n	To	P	tc
7	13	10,36419753	2,09	162	10,12	2,34	150	1,64997	0,1666	1.963

El cuadro N° 17 a, no muestra diferencias entre individuos obesos y no obesos, ya que, la diferencia de los promedio es baja, pero existe una mayor puntuación en el caso de los individuos no obesos, para los ítems no Agrupados en las subescalas

Tabla N° 17 b

**Estadística descriptiva general para la subescala de Ítemes no Agrupados en
Subescalas n = 312**

Estadística descriptiva general para la Subescala de Ítemes no Agrupados	
Media	10,2467949
Error típico	0,12532408
Mediana	11
Moda	12
Desviación estándar	2,21366466
Varianza de la muestra	4,90031124
Curtosis	0,70271671
Coficiente de asimetría	-0,96838942
Rango	10
Mínimo	3
Máximo	13
Nivel de confianza (95,0%)	0,24659031

El cuadro N° 17 b, muestra la estadística descriptiva de la subescala de Ítemes no Agrupados en Subescalas.

Tabla N° 17 c

**Cuadro comparativo entre hombres y mujeres dentro de la subescala de Ítemes no
Agrupados en Subescalas n 312.**

Mujeres			Hombres			prueba t		
Promedio	Desv. estándar	N	Promedio	Desv. estándar	N	to	P	Tc
13,29	4,221026	140	10,1	2,18985	172	3,058	0,1462	1,963

El cuadro N° 17 c, muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres, puesto que los promedios muestran una diferencia a favor de las mujeres (aprox. 3.1 puntos sobre el promedio).

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

10.2.1 Resultado por ítems entre obesos y no obesos.

Cuadro N° 18

Comparación de respuestas en la dirección de la autoestima positiva para niños no obesos y obesos, n 312, con indicación de diferencia en puntos porcentuales.

Ítem	No obesos		Obesos		Dif (D – O)
	N	%	N	%	(Puntos porcentuales)
1	117	72,22%	92	60,52%	11,70%
2	150	92,59%	136	90,66%	1,92%
3	149	91,97%	136	90,66%	1,31%
4	144	88,88%	127	84,66%	4,21%
5	146	90,12%	128	85,33%	4,79%
6	96	59,25%	80	53,33%	5,92%
7	141	87,03%	101	67,33%	19,69%
8	76	46,91%	66	44,00%	2,91%
9	134	82,71%	113	75,33%	7,37%
10	129	79,62%	113	75,33%	4,29%
11	116	71,60%	109	72,66%	-1,06%
12	116	71,60%	128	85,33%	-13,73%
13	92	56,79%	91	60,66%	-3,87%
14	133	82,09%	125	83,33%	-1,24%
15	120	74,07%	107	71,33%	2,74%
16	140	86,41%	134	89,33%	2,92%
17	138	85,18%	132	88,00%	-2,82%
18	86	53,08%	86	57,33%	-4,25%
19	130	80,24%	113	75,33%	4,91%
20	100	61,72%	91	60,66%	1,05%
21	138	85,18%	118	66,66%	18,51%
22	84	51,85%	77	51,33%	0,51%
23	107	66,04%	100	69,90%	-3,92%

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

24	91	56,17%	81	54,00%	2,17%
25	114	70,37%	102	68,00%	2,37%
26	93	57,40%	95	63,33%	-5,93%
27	127	78,39	120	80,00	-1,61%
28	100	61,72%	100	69,90%	-8,17%
29	134	82,71%	118	78,66%	4,04%
30	89	54,93%	85	56,66%	-1,73%
31	122	75,30%	109	72,66%	2,63%
32	112	69,13%	110	73,33%	-4,20%
33	136	83,95%	132	88,00%	-4,04%
34	134	82,71%	123	82,00%	0,71%
35	144	88,88%	117	78,00%	10,88%
36	57	35,18%	45	30,00%	5,18%
37	108	66,66%	81	54,00%	12,66%
38	139	85,80%	124	82,66%	3,13%
39	145	89,50%	125	83,33%	6,17%
40	132	81,48%	100	69,90%	11,58%
41	125	77,16%	110	73,33%	3,82%
42	142	87,65%	129	86,00%	1,65%
43	101	62,34%	80	53,33%	9,01%
44	158	97,53%	139	92,66%	4,87%
45	150	92,59%	136	90,66%	1,92%
46	147	90,74%	131	87,33%	3,41%
47	123	75,92%	106	70,66%	5,25%
48	144	88,88%	114	76,00%	12,88%
49	91	56,17%	82	54,66%	1,50%
50	137	84,56%	106	70,66%	13,89%
51	109	67,28%	88	58,66%	8,61%
52	144	88,88%	133	88,66%	0,22%
53	141	87,03%	112	74,66%	12,37%
54	120	74,07%	106	70,66%	3,40%
55	111	68,51%	100	69,90%	-1,38%
56	139	85,80%	123	82,00%	3,80%
57	138	85,18%	112	74,66%	11,14%
58	107	66,04%	95	63,33%	2,71%
59	145	89,50%	134	89,33%	0,17%

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

60	117	72,22%	101	67,33%	4,89%
61	92	56,79%	71	47,33%	9,45%
62	126	77,77%	109	72,66%	5,11%
63	131	80,86%	103	68,66%	12,20%
64	146	90,12%	136	90,66%	-0,53%
65	130	80,24%	113	75,33%	4,91%
66	144	88,88%	134	89,33%	-0,45%
67	105	64,81%	100	69,90%	-5,08%
68	57	35,18%	48	32,00%	3,18%
69	143	88,27%	130	86,66%	1,60%
70	156	96,29%	140	93,33%	2,96%

El cuadro anterior nos muestra una comparación de ítems por ítems entre obesos y no obesos aun cuando esta comparación sea de gran interés, no es viable establecer estadísticamente si las diferencias de puntos porcentuales que se presentan son significativas o no, ya que cada ítem representa un valor puntual.

Es por esto que se aplicó como pauta, un valor superior a 7 puntos porcentuales, es improbable afirmar que esta es una diferencia significativa entre obesos y no obesos, pero a nivel cualitativo estas diferencias nos aportan gran información, ya que a partir de estas se podría afirmar si existe algún grado de alteración en la conformación de la autoestima.

Los ítems con mayores diferencias en sus puntajes porcentuales son los siguientes.

Ítem N° 1 Mis compañeros se burlan de mí.

Ítem N° 7 Me gusta como me veo

- Ítem N° 12 Soy fuerte
- Ítem N° 21 Me porto bien en la casa.
- Ítem N° 28 A los otros niños les gustan mis ideas
- Ítem N° 35 Me gusta como soy.
- Ítem N° 37 Me gusta ser diferente.
- Ítem N° 40 Soy de los últimos que eligen para entrar a los juegos
- Ítem N° 43 Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas.
- Ítem N° 48 Soy mas feo que los demás niños.
- Ítem N° 50 Les caigo bien a los niños hombres.
- Ítem N° 51 Los demás niños me molestan.
- Ítem N° 53 Tengo una cara agradable.
- Ítem N° 57 En los juegos y deportes, miro en vez de jugar
- Ítem N° 61 Me enojo fácilmente.
- Ítem N° 63 Tengo buena pinta.

Los resultados muestran que aquellos ítemes en los que de acuerdo a la contextura se esperarían diferencias, éstas se producen en forma muy clara.

Es interesante destacar que de acuerdo a la contextura de los niños obesos, ellos se consideran fuertes, lo que hace nivelar su autovaloración en la prueba, también se observa que se sienten conforme en cuanto a la aceptación de sus ideas en relación a los otros niños, por otra parte, los niños no obesos presentan una alta puntuación en los ítemes relacionados con la aceptación de la apariencia física.

También es un hecho interesante el que los niños no obesos presenten un mayor número de aprobaciones en relación a que les gusta ser o sentirse diferentes a los otros niños, se portan bien en la casa. También se puede apreciar en los promedios que los niños no obesos se ponen nerviosos en las pruebas en mayor proporción que los niños obesos.

10.2.2 Resultado por ítems por género

Los resultados muestran que aquellos ítems que obtuvieron una diferencia estadísticamente significativamente en su mayoría fueron niños de contextura delgada, destacándose la auto percepción de fortaleza física en niños obesos, en tanto los niños de contextura delgada valoran la apariencia física entregándole una alta puntuación al ítem (Nº 7. me gusta como me veo) así como el nivel de empatía que tiene con los hombres. No obstante interesa destacar que de acuerdo al estereotipo los niños obesos en comparación con los no obesos, “hacen tonteras”, “están mas atentos en clases”, y “sus ideas son bien recibidas por sus compañeros” además consideran que los otros niños son mejores que ellos. También es un hecho interesante que los niños no obesos sientan “miedo” en mayor proporción que las que los obesos, así como también los niños no obesos se encuentran mas feos que sus pares obesos.

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

Cuadro N° 19.

**Comparación de respuestas en la dirección de la autoestima positiva para
hombres y mujeres, n 312, con indicación de diferencia en
puntos porcentuales.**

Ítem	Hombres		Mujeres		Dif (H - M)
	N	%	N	%	(Puntos porcentuales)
1	116	67,44%	93	66,42%	1,01%
2	163	94,76%	122	87,14%	7,62%
3	128	74,41%	96	68,57%	5,83%
4	155	90,11%	116	82,85%	7,25%
5	151	87,79%	119	85,00%	2,79%
6	102	59,30%	74	52,85%	6,44%
7	134	77,90%	108	77,14%	0,75%
8	83	48,25%	60	42,85%	2,91%
9	141	81,97%	106	75,71%	6,26
10	121	70,34%	121	86,42%	-16,08%
11	121	70,34%	104	74,28%	-3,94%
12	137	79,65%	107	76,42%	3,23%
13	99	57,55%	84	60,00%	-2,45%
14	139	80,81%	119	85,00%	-4,19%
15	116	67,44%	111	79,28%	-11,84%
16	153	88,95%	121	86,42%	2,53%
17	147	85,46%	123	87,85%	-2,39%
18	79	45,93%	93	66,42%	-20,49%
19	144	83,72%	99	70,71%	13,01%
20	97	56,39%	94	67,14%	-10,75%
21	142	82,55%	114	81,42%	1,13%
22	91	52,90%	70	50,00%	2,90%
23	113	65,69%	94	67,14%	-1,45%

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

24	106	61,62%	66	47,14%	14,48%
25	128	74,41%	88	62,85%	11,56%
26	97	56,39%	91	65,00%	-8,61%
27	131	76,16%	116	82,85%	-6,69%
28	114	66,27%	86	61,42%	4,85%
29	131	76,16%	121	86,42%	-10,26%
30	98	56,97%	76	54,28%	2,69%
31	128	74,41%	103	73,57%	0,84%
32	118	68,60%	104	74,28%	-5,68%
33	148	86,04%	120	85,71%	0,33%
34	130	75,58%	127	90,71%	-15,13%
35	138	80,23%	123	87,85%	-7,62%
36	53	30,81%	49	35,00%	-4,19%
37	104	60,46%	85	60,71%	-0,25%
38	148	86,04%	115	82,14%	3,90%
39	145	84,30%	125	89,28%	-4,98%
40	122	70,93%	110	78,57%	-7,64%
41	131	76,16%	104	74,28%	1,88%
42	146	84,88%	125	89,28%	-4,40%
43	99	57,55%	82	58,57%	-1,02%
44	161	93,60%	136	97,14%	-3,54%
45	153	88,95%	133	95,00%	-6,05%
46	151	87,79%	127	90,71%	-2,92%
47	123	71,51%	106	75,71%	-4,20%
48	141	81,97%	117	83,57%	-1,60%
49	89	51,74%	84	60,00%	-8,26%
50	148	86,04%	95	67,85%	18,19%
51	114	66,27%	83	59,28%	6,99%
52	150	87,20%	127	90,71%	-3,51%
53	141	81,97%	112	80,00%	1,97%
54	122	70,93%	104	74,28%	-3,35%
55	112	65,11%	99	70,71%	-5,60%
56	143	83,13%	119	85,00%	-1,87%
57	139	80,81%	111	79,28%	1,53%
58	108	62,79%	94	67,14%	-4,35%
59	151	87,79%	128	91,42%	-3,63%

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

60	120	69,76%	98	70,00%	-0,24%
61	90	52,32%	73	52,14%	0,18%
62	114	66,27%	121	86,42%	-0,2015
63	123	71,51%	111	79,28%	-7,77%
64	155	90,11%	127	90,71%	-0,60%
65	137	79,65%	106	75,71%	3,94%
66	152	88,37%	126	90,00%	-1,63%
67	115	66,86%	90	64,28%	2,58%
68	58	33,72%	47	33,57%	0,15%
69	148	86,04%	125	89,28%	-3,24%
70	162	94,18%	134	95,71%	-1,53%

El cuadro N° 19 muestra la comparación porcentual por ítem entre hombres y mujeres, en el que se aplicó el mismo criterio que el cuadro N° 18.

Los ítems que muestran mayor diferencia de puntos porcentuales entre los hombres y mujeres, son los siguientes:

Ítem N° 2 Soy una persona feliz.

Ítem N° 4 Generalmente estoy triste

Ítem N° 10 Me porto bien en el colegio

Ítem N° 15 Soy bueno para los trabajos sociales.

Ítem N° 18 Hago muchas tonteras.

Ítem N° 19 Casi siempre tengo ganas de llorar.

Ítem N° 20 Soy bueno para el dibujo.

Ítem N° 24 Soy nervioso.

Ítem N° 25 Puedo hablar bien delante del curso.

- Ítem N° 26 Siempre estoy atento en clases.
- Ítem N° 29 .Siempre me meto en problemas.
- Ítem N° 34 Soy peleador con los otros niños.
- Ítem N° 35 Me gusta como soy.
- Ítem N° 40 Soy de los últimos que eligen para entrar a los juegos
- Ítem N° 49 Casi siempre ando con flojera.
- Ítem N° 50 Les caigo bien a los niños hombres.
- Ítem N° 63 Tengo buena pinta

Los resultados muestran que en algunos ítems si existe una diferencia estadísticamente significativa en relación al género.

Cabe señalar que los varones en comparación con las niñas, se sienten notoriamente “Más felices” y “Son más nerviosos”. También es un hecho interesante el que ellos se sientan “generalmente más triste” en mayor proporción que las niñas.

El presente estudio, nos permite observar empíricamente la autopercepción por género y contextura física de escolares de NB2, NB3 y NB4 de nivel socioeconómico medio de establecimientos particular subvencionados de la comuna de Maipú.

Uno de los ítemes que muestra diferencias importantes entre niños y niñas es “Le caigo bien a los hombres”: los hombres sienten que los otros niños se burlan más de ellos de lo que perciben las niñas respecto de sus compañeras. Las burlas entre varones en los

colegios son casi normales más aun si este presenta algún grado de déficit o alguna característica especial en lo físico que lo diferencie notoriamente de sus compañeros.

11.0 CONCLUSIONES.

Estas se presentaran en el mismo orden que tuvieron en el análisis de resultados.

11.1 *Escala total*

El análisis de los resultados obtenidos los cuales son expuestos desde lo general a lo particular permite afirmar lo siguiente:

La autovaloración de los niños no obesos supera a la de los niños obesos, si bien en el promedio total del estudio no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, cualitativamente esta diferencia es muy importante pues indica una relación entre obesidad y autoestima, esto se puede apreciar más claramente en las subescalas de Apariencia y Atributos Físicos, Ansiedad y Popularidad, en las cuales si se observan diferencias significativas, en éstas, el grupo de los no obesos obtiene una mayor autovaloración o autoestima positiva que los obesos, además, dos de estas subescalas tienen directa relación en cuanto a como el niño se percibe físicamente y como contrasta esta imagen con su grupo de pares. En relación a la comparación de la distribución por intervalos de puntajes (de 10 puntos) para obesos y no obesos, se observa que el puntaje es mayor para los no obesos en el intervalo de 61 a 70 puntos, la mayor cantidad de niños se ubica en los puntajes medios.

Es importante destacar que para la variable curso, entre mayor sea este, la diferencia en los puntajes obtenidos a favor de la auto valoración en niños obesos disminuye.

11.2 *Por subescalas*

11.2.1 Conducta.

Los resultados obtenidos en autoestima positiva, no muestran diferencias estadísticamente significativas en esta subescala entre ambos grupos. Los no obesos obtienen un puntaje levemente mayor que los obesos.

En relación al género, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los hombres obtienen un puntaje levemente mayor que las mujeres.

11.2.2 Estatus Escolar e Intelectual.

No existen diferencias estadísticamente significativas en autoestima positiva entre niños obesos y no obesos. En tanto se observa una ligera tendencia hacia un mejor autoconcepto en los niños obesos, que no alcanza a ser significativa. En relación a la variable sexo, las diferencias aparecen a favor de los mujeres.

11.2.3 Apariencia y Atributos Físicos.

Se observa en esta subescala una diferencia estadísticamente significativa en autovaloración de autoestima positiva a favor del grupo de los no obesos, este dato es muy relevante puesto que muestra una relación directa entre autoestima y obesidad. Una baja puntuación en esta subescala se asocia con una muy baja autoestima en relación a la imagen corporal y aquellos aspectos que se relacionan con ella.

En relación a la variable sexo, las diferencias no muestran tendencias positivas a favor de ninguno de los dos grupos.

11.2.4 Subescala Ansiedad.

En esta subescala la autovaloración positiva de los niños obesos presenta diferencias estadísticamente significativas a favor de los no obesos. Estos resultados pueden asociarse a una directa relación entre autoestima negativa y obesidad. A nivel cualitativo se observa en este grupo la presencia un humor disfórico o alterado, respecto a emociones tales como la tristeza, nerviosismo, miedo y la percepción de sentir que no son tomados en cuenta por su grupo de pares.

En relación a la variable sexo, se observa un leve aumento de los puntajes a favor de los hombres que no alcanzan a ser estadísticamente significativos.

11.2.5 Subescala Popularidad.

Los niveles de autopercepción de popularidad, muestran diferencias estadísticamente significativas a favor de los niños no obesos. Este resultado da cuenta de una relación entre autoestima negativa y obesidad. Desde la mirada cualitativa, estos niños se autoperiben con una menor aceptación en su grupo de pares y aquellos adultos que les resultan significativos.

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas atribuibles a la variable sexo para esta subescala.

11.2.6 Subescala Felicidad y Satisfacción.

Las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en esta subescala por los niños obesos en detrimento de su autoconcepto respecto de los no obesos, dan cuenta de una baja autovaloración y un fuerte anhelo por ser diferente. Esta afirmación desde la mirada cualitativa es muy relevante, pues devela que el mundo interno y emocional de los niños obesos se encuentra afectado. Esto se puede observar claramente en dos preguntas de esta subescala, relacionadas con la percepción de la imagen personal, la N° 35 (¿me gusta como soy?) y la N° 63 (¿tengo buena pinta?), en estas preguntas los niños no obesos obtienen mas de un 10% de diferencia a favor en el promedio de su autovaloración, esto indica que la obesidad infantil si es un elemento que afecta la autoestima del niño en esta etapa de su desarrollo.

En relación al género, las mujeres en esta subescala superan a los hombres en el promedio de su autopercepción respecto a la vivencia de felicidad y satisfacción. En la pregunta N° 63 se puede observar además, que ellas se sienten más atractivas que los hombres, mientras estos últimos en la pregunta N° 2 se sienten más felices.

En conclusión, de acuerdo a los resultados del presente trabajo, existen diferencias significativas en la construcción de la autoestima en relación a la contextura física en escolares de 4°, 5° y 6° año básico, a favor de los niños no obesos. Esto es importante también, desde lo cualitativo puesto que cada sujeto construye su autoestima desde su mundo y desde su experiencia. Curiosamente, la relación se invierte en escolares de 3° básico.

Resulta interesante observar que los niños obesos presenten una mayor autoestima que los niños no obesos en 3° básico. Esto podría estar asociado a consideraciones evolutivas, tales como que estos niños están en una etapa donde la percepción del cuerpo desde una mirada antropométrica no es gravitante, puesto que ellos todavía dependen directamente de la opinión que sus figuras vinculares significativamente afectivas tienen de ellos.

Independientemente de la escala total, los resultados de las subescalas muestran que en Apariencia y Atributos Físicos, Ansiedad, Popularidad, Felicidad y Satisfacción, las diferencias son estadísticamente significativas a favor de los niños no obesos de todos los

cursos. En tanto la diferencia entre hombres y mujeres, sólo es significativa en la subescala de Conducta.

Por tanto la obesidad infantil, tiene una directa relación sobre la construcción de la autoestima. A los 9 años de edad (cuarto año de Enseñanza Básica) aproximadamente, de acuerdo a lo observado en esta investigación, el niño obeso comienza a sentir los primeros rechazos y estigmatizaciones sociales desde el colegio, en tanto cobra en él una mayor importancia y valor la opinión de su grupo de pares, la aceptación incondicional de sus padres y figuras significativas parece no ser suficiente para sentirse conforme consigo mismo, en relación a esto, cabe señalar, que los niños de tercero básico de acuerdo a este estudio, pueden encontrarse en una zona intermedia de su etapa de desarrollo en la que aún no tiene mayor relevancia el aspecto físico o la opinión que obtienen de sí mismos en el ambiente externo a la familia, es posible que la reafirmación positiva sobre sí mismos, migre desde las figuras significativas al grupo de pares precisamente durante el transcurso de estos dos niveles.

12.0 DISCUSIÓN.

Se necesitaría algún tipo de escala que midiera a la base un modelo teórico desarrollista de autoconcepto, que garantizara como el autoconcepto se organiza y reorganiza en las distintas etapas de la vida. Al menos debería contarse con escalas distintas para niños, adolescentes y adultos las cuales posean interpretaciones de puntajes que consideren las posibles diferencias y etapas de desarrollo

La Escala de P-H (a) se dirige sólo a evaluar una parte de la etapa evolutiva denominada clásicamente como la etapa del escolar. Sería del mayor interés evaluar los mismos aspectos referidos a la contextura (IMC) en una etapa mayor, cercana al egreso del sistema escolar, y así poder visualizar un posible hilo conductor en el desarrollo de la autoestima en relación a la obesidad durante el periodo escolar.

Resulta necesario considerar para futuras investigaciones que aborden el tema de la autoestima, el trabajar por separado el grupo de escolares de tercero básico, puesto que por su etapa de desarrollo, se encuentran en una zona intermedia, donde la apariencia y el aspecto físico parece no ser aún de mucha importancia para ellos.

A pesar que en más de alguna subescala no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, no se puede perder de vista el factor cualitativo, aunque este no esté representado, la individualidad y percepción de la apariencia física y como los niños son

retroalimentados por el ambiente, si son factores que influyen en la formación de su autoestima tal como se aprecia en los resultados obtenidos por esta investigación.

En el transcurso de nuestra vida realizaremos y nos someterán a juicios una y mil veces, pero ningún juicio es más importante y gravitante que el que hacemos de nosotros mismos, ya que estos se alimentan de la relación que establecemos con el mundo, es en esta interacción donde se construye cada cimiento de la autoestima

El INTA alarmado por los altos niveles de obesidad en Chile desde el año 2000 ha desarrollado diversos programas de intervención a nivel escolar y preescolar en distintas localidades. Estos programas están dirigidos a combatir los problemas de obesidad infantil, el cual se integra al programa de convivencia escolar. Si bien estos programas han logrado bajar el índice de obesidad infantil a base de un trabajo sistemático de alimentación sana y ejercicio en ninguno de sus objetivos específicos ni transversales se considera a la autoestima como un factor trascendental, estos solo apuntan a la salud física dejando de lado la construcción psicológica del niño, lamentablemente esto no es un hecho aislado puesto que esta institución responde a lineamientos del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, los cuales no consideran aun entre sus políticas de intervención el trabajo relacionado con la construcción de la autoestima, al revisar planes y programas de Educación Física de NB2 NB3 y NB4 nos encontramos con la penosa sorpresa que están carentes de políticas intervencionistas claras y potentes que apunten al mejoramiento de la autoestima de nuestros niños.

Es por este motivo que es de real importancia la creación de políticas claras y efectiva que den respuesta y solución a este flagelo que afecta a un porcentaje cada vez mayor de nuestros niños, ya que los programas que existen solo reproducen en cierta medida un modelo elitista donde se valora el cuerpo de forma exagerada, dejando de lado en sus planificaciones el desarrollo psicológico de estos niños, niños que si no son asistidos a tiempos se volverán adultos vulnerables

Producto del trabajo realizado en esta investigación y tomando en cuenta la bibliografía consultada, se puede sugerir, que en futuras intervenciones a nivel escolar, se considere abordar la autoestima de los niños afectados por obesidad.

13.0 BIBLIOGRAFÍA.

- Antunes Nunes MA, "Aspectos históricos de la anorexia Nerviosa e da Bulimia Nervosa" *Trastornos alimentares e Obesidade Artmed Porto Alegre* 1998;13-20
- Álvarez Cordero, R. *Obesidad y Autoestima*. Editorial Plaza Valdés México 2004
- Álvarez Cordero, R. *¡ Me Caes Gordo!* Editorial Plaza Valdés México 2006
- Barriga I, Medel J (2006) *Vinculo y Obesidad*. Consultado el día 5/9/2007. de la la World, Wide web '9
- Branden, N. (1969). *La psicología de la autoestima*. Ediciones Paidos Ibérica S.A. (2001).
- Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la autoestima*. Ediciones Paidos Ibérica S.A, cuarta edición (1995).
- Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, *Psicología*, (1987). Mcgraw Hill de México S.A.
- Dörr A. (2005). *Estudio comparativo de autoconcepto en niños de diferente nivel socioeconómico*, Universidad de Chile, tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto Juvenil.
- Engler, B. (1996) *Teorías de la personalidad*. Mcgrawhill, primera edición en español.
- Fromm, E. (1959). *El arte de amar*. Paidos, tercera edición (2003).
- Goleman, D (1995). *La inteligencia emocional*. Ediciones B Argentina S.A. (2002).
- Gorostegui, M.E. (1992) *Adaptación y construcción de normas para Chile de la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*. Santiago, Universidad Católica de Chile, Tesis para optar al título de Psicólogo.
- Gorostegui, M.E. (2004). *Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de E.G.B. 1992 y 2003*, Universidad Católica de Chile, Tesis para optar al grado de magíster en Psicología Infanto juvenil.
- GRACIA, M., MARCÓ, M., FERNÁNDEZ, M.J. Y JUAN, J. (1999): "Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes". *Psiquis*, nº 20, pp. 15-26.

- Graig-Woolfolk (1995). Psicología y desarrollo educativo. Segunda edición en español (1998). Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- Hernández, Fernández y Sampieri (1985). Metodología de la investigación. Ciudad de México, Mc Graw Hill.
- Hernández Rodríguez, M. (2001). Alimentación infantil. Madrid: Díaz de Santos.
- Hernández, R, Fernández, C, Baptista, P (1991) Metodología de la Investigación Segunda Edición, McGraw-Hill México.
- Kain, Juliana, Uauy, Ricardo; Lera, Lydia; Taibo, Marcela; Espejo, Francisco; Alba, Cecilia (2005) Evolución del estado nutricional de escolares chilenos de 6 años (1987 – 2003). Revista Medica Chilena; 133: 1013 – 1020
- Manerota, M. (2003). Psicología educativa. Segunda edición, abril 2003. Ediciones UCSH.
- Ministerio de Salud de Chile (2003) Alimentación Saludable consultado el día 29/8/2007 de la World. Wide Web: [http:// www.minsal .cl/ici/s_1/u_14/alimentación%20saludable.pdf](http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/alimentación%20saludable.pdf).
- Psicología y Obesidad. Consultado el día 30/9/2007 de la World. Wide Web: [http:// www.mediagrphic.com/pdfs/endoc./er-2001/ero12i.pdf](http://www.mediagrphic.com/pdfs/endoc./er-2001/ero12i.pdf)
- Psikhe (2005, vol. 14, N°1, 211-225).
- Rafael Álvarez Cordero (2006). Obesidad y autoestima, Editorial Plaza y Valdés, México.
- Raich, R.M, Torras, J. Y Figueras, M. (1996): “Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios”. Análisis y Modificación de Conducta, n° 85, pp. 604-624.
- Revista Castalia, Universidad Academia De Humanismo Cristiano, N°7 2004
- Revista de Obesidad y Metabolismo consultado el día 3/1/2008 de la World. Wide Web: http://encolombia.com/adipovol4no1_salon4.htm
- Revista Mexicana de Pediatría, septiembre a octubre 2002.
- Rodriguez M, Gempeler J. (1999). “La corporalidad en los trastornos de la alimentación” 1999 Rev

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

- Rogers, C. (1985). Terapia personalidad y relaciones personales. Ediciones nueva visión, Buenos Aires.
- Saffie, N, (2000). ¿Valgo o no valgo?, autoestima y rendimiento escolar. Lom Ediciones, primera edición, junio de 2000.
- Vivian H. Heyward, Ph D. (1991) Evaluación y prescripción del ejercicio, Editorial. Paidotribo Colecciones Fitness.
- www.junaeb.cl
- www.saludactual.cl/obesidad
- www.ucce.ucdavis.edu
- www.pediatraaldia.cl/obesidadinfantil
- www.lukor.com/hogarysalud/05071403.htm
- www.unav.es/farmacia/graduados/obesidad_infantil.htm
- www.pediatraaldia.cl/obesidadinfantil
- www.lukor.com/hogarysalud/05071403.htm

14.0 ANEXO.

Manual de Aplicación y Normas para la Escala de evaluación de Autoconcepto de Piers-Harris adaptada por Gorostegui M.E (1992).

LA PRUEBA.

Uso de la Escala

Se debe considerar que dicha escala es solo recomendable en su aplicación a partir del tercer año básico ya que es fundamental para un buen funcionamiento de esta poseer un cierto grado de desarrollo de la autonomía así como es necesario que el profesional que la aplique este familiarizado con el marco teórico y condiciones de estandarización.

Esta prueba sirve como un auto reporte de la autovaloración infantil, no obstante esta no reemplaza el juicio clínico del evaluador, se debe considerar que esta puede estar condicionada a distorsiones conscientes o inconscientes por parte del evaluado, sin embargo esta sirve como un instrumento útil para fines de investigación y estudio.

En relación a la interpretación del puntaje total el cual puede fluctuar entre 0 y 70 puntos, entendiendo una puntuación alta como un autoconcepto favorable y un alto concepto de autoestima, así como un puntaje bajo se asocia un autoconcepto negativo, el

cual afecta en algún grado la autovaloración infantil en una o mas áreas de la escala P- H (a).

Se debe considerar que esta escala nos permite transformar los puntajes en T y en D.S, siendo en este caso como un tabulador de autoestima. Para la interpretación de los puntajes no se debe considerar como absoluto ya que este se puede ver interferido por factores tales como: confiabilidad de la prueba, error estándar de los puntajes o factores endógenos tales como la salud, estados de ánimos entre otros.

La incorporación de las subescalas de la prueba permite identificar las áreas deficitarias o aquellas que se encuentran fortalecidas, permitiendo comparar los puntajes individuales y los generales arrojados por la muestra, así como la desviación estándar, dicho de otra forma un niño puede puntuar alto en alguna subescala mientras presenta un bajo promedio en la escala total.

Lo anterior se obtiene por medio de la suma de la seis subescalas dividido por seis lo cual arroja el promedio total de la subescala

Lo que dice relación con la interpretación esta puede ser a través de significados individuales, tomando en cuenta que si esta se considera de manera global puede arrojar información incompleta o equivocada, por lo mismo es importante que esta solo sea manejada por un especialista idóneo el cual proporcionara una interpretación cualitativa de lo que el niño ha informado.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

Puntaje T	Descriptor
60-70	Alto nivel de autoestima
55-59	Nivel promedio alto de autoestima
45-54	Promedio
40-44	Promedio bajo
35-39	Bajo
30-34	Muy bajo

Para obtener el puntaje bruto previo conteo de los puntos se debe registrar el número de ítems con respuestas completas, dobles así como también las omitidas, se sugiere recurrir a la plantilla sobre la hoja del cuestionario de manera que el puntaje bruto pertenezca a las respuestas marcadas en la dirección positiva.

El paso siguiente corresponde a la contabilización de los puntajes de cada subescala, en tanto los puntajes de la subescala representa las repuestas marcadas favorablemente en cada subescala, posteriormente se debe transformar el total de la subescala al puntaje estándar, puntaje T y percentiles.

Se debe tener en cuenta que puede existir un número de niños que distorsionen sus respuestas en pos de una línea socialmente deseable, lo cual responde a un autoengaño. La depresión estándar de la prueba va en una dirección de mas menos 1.5, lo cual puede ser un indicador o se puede dar por la ausencia de una autocrítica o la presencia de respuestas

falseadas, la elaboración de la escala de Pierre Harris (a) tiene como objetivo minimizar las respuestas en el mismo sentido sean estas si o no, así como también dicha considera la posibilidad de respuestas al azar.

En relación a la administración P.H (a) esta diseñada para niños de 8 a 12 años, su forma de aplicación puede ser individual o colectiva, así como los materiales requeridos para esta no son de difícil acceso en el aula, el setting debe ser tranquilo y exento de elementos distractores generando un ambiente propicio el cual permita que los niños reflejen en plenitud su sentimiento.

Anterior a esto es preciso delimitar y realizar un encuadre acucioso el cual deje en claro que este instrumento no tiene como finalidad evaluar académicamente y por ende no afectan sus calificaciones. Posterior a esto se procede a la entrega del material a cada de niño indicándoles que completen la identificación, en caso de requerir confidencialidad se les pedirá que solo anoten el numero de alumno o el numero de lista según sea el caso.

Paso siguiente el evaluador lee las instrucciones en voz alta mientras los niños siguen la lectura en silencio de lo contrario se puede reemplazar por una explicación visual en la pizarra.

Es importante en esta etapa hacer hincapié en que las respuestas deben apuntar a una afirmación o negación de estas, es valido considerar la existencia de niños con dificultades

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

en el ámbito lector a lo cual el profesor jefe deberá prestar la ayuda y guía necesaria para que el texto o las palabras difíciles sean entendidas por dichos niños.

El tiempo de aplicación de la prueba debe ser de 15 a 20 minutos, entendiendo que se debe extender hasta que todos terminen, de manera de retirar todas al mismo tiempo, verificando que todas estén con sus respuestas y que no existe dualidad en alguna de ellas.

Descripción de Cada Subescala, Gorostegui, M.E. (1992)

5.4.3 Subescalas de la prueba

Las 6 subescalas, están conformadas por los siguientes ítems:

Sub-escala I: Conducta: 15 ítems

N°	Item
10	(II) Me porto bien en el colegio
11	Me echan la culpa cuando algo se echa a perder
17	(II) Puedo hacer bien mis tareas
18	Hago muchas tonteras
21	Me porto bien en la casa
29	Generalmente me meto en problemas
31	En mi casa soy obediente
34	Soy peleador con mis hermanos o primos
39	Lo paso bien en el colegio
42	Soy pesado con la gente
49	Casi siempre ando con flojera
52	Mi familia está desilusionada de mí
55	Me molestan en la casa

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

68		A veces pienso en hacer maldades que después no hago
70	(VI)	Soy buena persona

El número romano entre paréntesis, indica la otra (s) subescala en que también aparece el ítem.

Los 15 ítems de esta subescala reflejan el grado en que el niño admite o niega conductas problemáticas. Los ítems comprenden rangos de conductas específicas tales como "Puedo hacer bien mis tareas", o declaraciones más generales referidas a situaciones problemáticas del colegio o la casa: "Generalmente me meto en problemas". Las respuestas del niño proporcionan claves importantes sobre cómo evalúa el niño su problema, los lugares donde se producen, si el niño asume o no su responsabilidad en los problemas, o si proyecta la responsabilidad sobre los otros: "Hago muchas tonteras", o "Me molestan en la casa".

Un puntaje bajo, o moderadamente bajo en la subescala de Conducta, sugiere un reconocimiento por parte del niño, de que ésta es un área problemática para él. Los puntajes altos, son más difíciles de interpretar, ya que pueden reflejar tanto ausencia real de problemas, como un deliberado intento por negarlos.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

Subescala II: Estatus Intelectual y Escolar: 15 ítems

N°		Ítem
5	(III)	Soy inteligente
10	(I)	Me porto bien en el colegio
13		Casi siempre mis padres piden mi opinión
17	(I)	Puedo hacer bien mis tareas
22		Siempre termino mis tareas
23	(V)	Soy conocido y querido por mis compañeros de curso
25		Puedo hablar bien delante del curso
26		Siempre estoy atento en clase
28	(III)	A mis amigos les gustan mis ideas
43	(III)	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas
47		Soy tonto para muchas cosas
58		Se me olvida lo que aprendo
60	(III)	Le gusto a las demás personas
67	(III)	Los otros niños son mejores que yo
63	(III) (VI)	Tengo buena pinta

Esta sub-escala de 15 ítems agrupados, refleja la autovaloración infantil respecto de su desempeño en las tareas escolares, incluyendo un sentimiento general hacia el colegio. Puede ser de utilidad para identificar dificultades en el proceso del aprendizaje y

para sugerir planes remediales a futuro. Un bajo puntaje en esta subescala sugiere dificultades específicas en las tareas y actividades escolares relacionadas.

En niños con una historia de buen rendimiento escolar, este patrón de respuestas puede indicar expectativas desmesuradas sobre ellos mismos, o sus padres, y coincide con un sentimiento de que ellos siempre podrían hacerlo mejor. En niños con historia de bajo rendimiento académico, o de dificultades específicas en el aprendizaje o conducta, la autoevaluación negativa, indica una internalización de patrones de baja autoestima o una pobre valoración del propio esfuerzo o capacidad para tener éxito académico. Esto puede o no estar compensado por valoraciones positivas en otras áreas.

Subescala III: Apariencia y Atributos Físicos: 12 ítems

N°		Ítem
5	(II)	Soy inteligente
7	(VI) (IV)	Me gusta como me veo
12		Soy fuerte
28	(II)	A mis amigos les gustan mis ideas
43	(II)	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas
48		Soy más feo (a) que los demás niños
50		Les caigo bien a los niños hombres
53	(VI)	Tengo una cara agradable

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

60	(II)	Les gusto a las demás personas
62	(V)	Les caigo bien a las niñas
63	(VI) (II)	Tengo buena pinta
67	(II)	Los otros niños son mejores que yo

Esta subescala, compuesta de 12 ítems refleja las actitudes infantiles relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas. Esta subescala, es más sensible que otras a diferencias de la variable sexo. Un puntaje bajo en esta escala puede significar a) que el niño (a) tenga muy baja autoestima en relación a su imagen corporal y atributos relacionados y b) que el niño (a) adhiera o no los roles estereotípicos sexuales tradicionales. En este caso, un puntaje bajo, no debería ser interpretado necesariamente como problemático.

Subescala IV: Ansiedad: 13 ítems

N°		Ítem
4		Generalmente estoy triste
6	(V)	Soy tímido
7	(III, VI)	Me gusta como me veo
8		Me pongo nervioso cuando tengo prueba
16		Me doy por vencido fácilmente
19		Casi siempre tengo ganas de llorar

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

24		Soy nervioso
30		Casi siempre estoy preocupado
35	(VI)	Me gusta como soy
36	(V)	Siento que no me toman en cuenta
37	(VI)	Me gustaría ser diferente
65		Casi siempre tengo miedo
69		En mi casa dicen que soy llorón

Esta subescala compuesta de 13 ítems, refleja un humor disfórico o alterado. Los ítems individuales comprenden una variedad de emociones específicas que incluyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo y en general, sentimientos de no ser tomado en cuenta. Más que otras, esta escala contiene ítems que pueden sugerir la necesidad de evaluación o terapia psicológica posterior. Si un niño puntúa bajo en esta subescala, hay que examinar cuáles fueron sus respuestas en particular para determinar la naturaleza de los problemas y para decidir si debe o no recibir ayuda especializada.

Subescala V: Popularidad: 11 ítems

N°		Ítem
1		Mis compañeros se burlan de mí
3		me cuesta mucho hacerme amigo de otros niños
6	(IV)	Soy tímido

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

9		Tengo muchos amigos
23	(II)	Soy conocido y querido por mis compañeros de curso
36	(IV)	Siento que no me toman en cuenta
40		Soy de los últimos que eligen para entrar en los juegos
46		Tengo buenos amigos
51		Los demás niños me molestan
57		En juegos y deportes, miro en vez de jugar
62	(III)	les caigo bien a las niñas

Los 11 ítems de esta subescala, reflejan la forma en que el niño evalúa su popularidad entre los compañeros de curso, si se siente o no capaz de hacer amigos, si es o no elegido para participar en juegos, si es aceptado o no por su grupo de pares.

Bajos puntajes en esta escala, pueden indicar retraimiento social, timidez, falta de habilidades y destrezas sociales, o rasgos de personalidad que facilita el que el niño sea aislado o rechazado por sus pares. Algunos niños discapacitados físicamente, o con dificultades de aprendizaje, pueden sentir que los otros se burlan de ellos, o simplemente que no son tomados en cuenta.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología

Subescala VI: Felicidad y Satisfacción: 11 ítems

N°		Ítem
2		Soy una persona feliz
7	(III,IV)	Me gusta como me veo
32		Tengo buena suerte
35		Me gusta como soy
37	(IV)	Me gustaría ser diferente
45		Soy alegre
48	(III)	Soy más feo que los demás niños
53	(III)	Tengo una cara agradable
59		Me gusta estar con gente
63	(III)	Tengo buena pinta
70	(I)	Soy buena persona

Esta subescala de 11 ítems, refleja un sentimiento general infantil, de ser feliz y estar satisfecho de vivir. Bajos puntajes se asocian a infelicidad, autovaloración negativa general y un fuerte anhelo de ser diferente. A pesar de que no todos los problemas requieren intervención especializada, los niños que puntúan bajo en esta escala, pueden estar pidiendo ayuda y por lo tanto se beneficiarían de ser evaluados por el especialista.

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Psicología**

Ítems no agrupados en Subescalas: 13 ítems

N°	Ítem
14	Soy atropellador
15	Soy bueno para los trabajos manuales
20	Soy bueno para el dibujo
27	Mis hermanos (o primos) dicen que los molesto mucho
33	Me siento capaz de lograr lo que mis padres esperan de mí
38	Duermo bien en la noche
41	Muchas veces me siento enfermo
44	Soy buen amigo (a)
54	Cuando trato de hacer algo, todo me sale mal
56	Soy torpe
61	Me enojo fácilmente
64	Mis hermanos (o primos) me caen bien
66	Los demás pueden confiar en mí.