

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"SOBREPESO Y AUTOCONCEPTO EN NIÑOS

(Estudio realizado en la escuela pública Vicente R. Sánchez, de la ciudad de Quetzaltenango)".

TESIS DE GRADO

ELENA BRENDA KARINA AGUARÉ CASTRO
CARNET 15520-10

QUETZALTENANGO, ABRIL DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"SOBREPESO Y AUTOCONCEPTO EN NIÑOS

(Estudio realizado en la escuela pública Vicente R. Sánchez, de la ciudad de Quetzaltenango)".

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

ELENA BRENDA KARINA AGUARÉ CASTRO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, ABRIL DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. LESVIA MARITZA RODRÍGUEZ PANIAGUA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. LETICIA BEATRIZ LÓPEZ TELLO

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

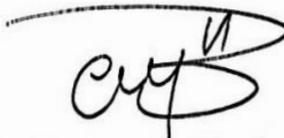
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

Quetzaltenango 28 de noviembre de 2014

Ingeniero Jorge Derik Lima Par
Coordinador Académico
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango

Estimado Ingeniero, por este medio me permito informarle que he seguido el desarrollo de la tesis titulada: "Sobrepeso y autoconcepto en niños" (Estudio realizado en la escuela pública Vicente R. Sánchez, de la ciudad de Quetzaltenango, Quetzaltenango), elaborada por la estudiante Elena Brenda Karina Aguaré Castro, quien se identifica con el carné número 1552010, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica de la Facultad de Humanidades, la cual a mi criterio llena todos los requisitos de un trabajo científico-académico. Por lo que atentamente le pido se nombre el revisor de fondo correspondiente.

Atentamente,



Licda. Lesvia Maritza Rodríguez Paniagua
Asesora de Tesis



Universidad
Rafael Landívar
Tradicción Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 05864-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ELENA BRENDA KARINA AGUARÉ CASTRO, Carnet 15520-10 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05187-2015 de fecha 6 de abril de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"SOBREPESO Y AUTOCONCEPTO EN NIÑOS
(Estudio realizado en la escuela pública Vicente R. Sánchez, de la ciudad de Quetzaltenango)".**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 8 días del mes de abril del año 2015.



Irene Ruiz Godoy
MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODÓY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

- A Dios:** Por darme fuerza, paciencia y sabiduría durante estos años y por permitirme llegar al final de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica.
- A mis Padres:** Por su ejemplo, amor y motivación, y porque siempre han estado para apoyarme incondicionalmente en todo momento de mi vida. Además ellos han sido el soporte emocional y económico de todos mis logros alcanzados.
- A mis Hermanos:** Por darme ánimos en los momentos difíciles a lo largo de la carrera.
- A la Institución de Estudio:** La escuela pública Vicente R. Sánchez, porque gracias a la misma se logró obtener los conocimientos necesarios para el desarrollo de la investigación y la elaboración final de esta.

Dedicatoria

A la escuela pública Vicente R. Sánchez porque este estudio brinda información de interés para dicha institución, además se propone un plan de intervención de utilidad para la formación adecuada de los estudiantes.

A mis padres porque con su apoyo constante se hizo realidad una de mis metas.

A Dios porque sin él nada se puede lograr.

Índice

	Pág.
I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Sobrepeso.....	8
1.1.1 Definición.....	8
1.1.2 Causas.....	9
1.1.3 Sobrepeso infantil.....	14
1.1.4 Diagnóstico del sobrepeso infantil.....	14
1.1.5 Consecuencias físicas.....	15
1.1.6 Consecuencias psicológicas.....	16
1.1.7 Peso adecuado en niños.....	18
1.1.8 Prevención del sobrepeso infantil.....	19
1.1.9 Tratamientos del sobrepeso infantil.....	20
1.1.10 Alimentación adecuada en niños.....	21
1.1.11 Actividad física en niños con sobrepeso.....	23
1.2 Autoconcepto.....	24
1.2.1 Definición.....	24
1.2.2 Origen del autoconcepto.....	25
1.2.3 Factores que determinan el autoconcepto.....	26
1.2.4 Autoestima y autoconcepto.....	29
1.2.5 Elementos del autoconcepto.....	30
1.2.6 Autoconcepto y personalidad.....	34
1.2.7 Desarrollo del autoconcepto en el niño.....	35
1.2.8 Tipos de padres y autoconcepto.....	36
1.2.9 Influencia escolar y autoconcepto.....	37
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
2.1 Objetivos.....	40
2.1.1 Objetivo general.....	40
2.1.2 Objetivos específicos.....	40
2.2 Variables de estudio.....	40

2.3	Definición de variables.....	40
2.3.1	Definición conceptual.....	40
2.3.2	Definición operacional.....	41
2.4	Alcances y límites.....	41
2.5	Aporte.....	41
III	MÉTODO.....	43
3.1	Sujetos.....	43
3.2	Instrumentos.....	43
3.3	Procedimiento.....	44
3.4	Tipo de Investigación, diseño y metodología estadística.....	44
IV	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	46
V	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52
VI	CONCLUSIONES.....	56
VII	RECOMENDACIONES.....	57
VIII	REFERENCIAS.....	58
	ANEXOS.....	62

Resumen

El autoconcepto es el conjunto de características físicas, intelectuales, sociales y afectivas que conforman la imagen de una persona, se refiere a esa capacidad de autorreconocimiento que forma parte importante en la vida de un individuo. El autoconcepto es un elemento fundamental para la salud psicológica de las personas, por ello es importante establecer el nivel que los niños poseen ya que es en esta etapa en donde comienza a desarrollarse.

La presente investigación realizada con el diseño descriptivo tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre el sobrepeso, el cual se refiere al aumento de masa corporal que excede los límites normales, con el autoconcepto que los niños manejan.

Los sujetos de estudio fueron 47 de un total de 194 niños, comprendidos entre las edades de 5 a 11 años, estudiantes de primero a sexto primaria de la escuela pública Vicente R. Sánchez, los cuales fueron seleccionados previamente mediante la medición de la talla y peso.

El autoconcepto se obtuvo a través de la escala estandarizada EPAI-95, en la cual se pudo determinar cuál es la relación existente entre el sobrepeso y el nivel que manejan los niños en general. El análisis de las diferentes áreas que conforman el autoconcepto se realizó a través de la escala de tipo de Likert en donde se obtuvieron resultados específicos en relación a los niños con sobrepeso.

El resultado global indica un bajo autoconcepto lo cual es negativo para el correcto desarrollo psicológico del niño por tanto se ha propuesto un plan de intervención multifactorial dirigido a autoridades docentes, padres de familia y sujetos de estudio.

I. INTRODUCCIÓN

El autoconcepto como síntesis de la personalidad es parte inherente de todo ser humano, se define como el conocimiento que cada individuo tiene de sí mismo lo cual determina el comportamiento y sentir que adopta en todas las dimensiones de la vida. Comienza a formarse desde temprana edad y se ve afectado por el contexto en el que la persona se desenvuelve; no es desconocido que el ser humano es eminentemente social, ello le convierte en alguien crítico, receptivo y dotado de una gama de emociones y sentimientos como respuesta a los estímulos que percibe del entorno.

Si se toma en cuenta que el ambiente en el que se desarrolla es parte fundamental en la formación del autoconcepto, se puede tratar de identificar los efectos que los nuevos estereotipos sociales producen en el sentir y pensar del individuo. Uno de ellos es el culto que se tiene por la imagen corporal lo cual puede generar conflictos con el propio físico, el desenvolvimiento social, familiar y académico, los cuales son elementos importantes del autoconcepto.

A pesar de ello, un problema que preocupa en el ámbito de la salud es el sobrepeso, una condición física que se caracteriza por el aumento de peso por encima de lo establecido por la Organización Mundial de la salud (OMS). En la actualidad existe una prevalencia cada vez mayor de niños que lo padecen, principalmente en el área urbana; lo cual es una situación que va más allá del aspecto corporal porque también engloba el área psicológica, tal como lo apuntan algunos estudios.

Balcarcel y Castañeda (2004) en el informe: Sobrepeso y la obesidad infantil, del Hospital nacional general del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S) señalaron que son las enfermedades más complejas que enfrenta un profesional de la psiquiatría, y consideran que es un problema de salud pública. En él mencionan que existe una prevalencia de sobrepeso de 1.2 por cada 1000, a nivel latinoamericano y del caribe; datos extraídos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Debe desaparecer la idea o creencia de la mayoría de personas y también de algunos médicos, que no le dan la debida importancia cuando la descubren en el niño, más aun cuando dicen que la gordura en ellos es sinónimo de buena salud, o que con la edad bajarán de peso. Así mismo esta enfermedad es más frecuente en países desarrollados y en el caso de Guatemala, aunque existe desnutrición; este problema se da más a menudo en el área urbana.

Recinos (2007) en el artículo Autoconcepto: una parte importante de la autoestima, de la revista Psicología Clínica número 225 con fecha 1 de marzo, define autoconcepto e indica que es el concepto que se tiene de sí mismo, en el que intervienen componentes interrelacionados como lo cognitivo e intelectual, afectivo y conductual.

El nivel cognitivo e intelectual, está constituido por las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Se basa también en las experiencias pasadas, creencias y convencimiento. El nivel emocional afectivo, es un juicio de valor sobre las cualidades personales, implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que se ve en cada uno. El nivel conductual, es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

Nuestra psicóloga (2009) en el periódico digital *Nuestro Diario*, con fecha quince de marzo menciona que la descalificación psicológica que se hace al niño es un tipo de maltrato emocional, este lo padecen los infantes que son ignorados, ridiculizados, despreciados, subestimados lo cual afecta al autoconcepto de este, especialmente si el maltrato proviene de personas importantes; los sentimientos que se pueden ver reflejados en el futuro cuando un niño padece una situación similar, son la humillación, predisposición e inseguridad, lo cual provoca una personalidad poco firme o depresión.

Entre más pequeño sea el niño, menos capacidad tiene para afrontar el maltrato ya sea físico o psicológico, es decir a menor edad, menos capacidad de juicio, por tanto es importante tomar en cuenta que los estímulos positivos dan como resultado un mayor autoconcepto y se abre paso a la posibilidad de que el niño se vuelva un maltratador en la vida adulta.

Ante ello se recomienda que los padres no olviden que la capacidad para crear sueños y obtener logros está relacionada con el reconocimiento que brindan al niño, ellos son la fuente de autoestima de los hijos, así que si no les brindan la aprobación que requieren para consolidar y fortalecer la personalidad, la estabilidad emocional puede alterarse negativamente, por tanto el ambiente familiar afectuoso, seguro y libre de descalificaciones físicas o psicológicas es primordial.

Gaitán (2009) en una entrevista llevada a cabo por el periódico Prensa Libre con fecha trece de octubre, indica que se deben analizar los factores que causan el sobrepeso; los padres deben estar atentos a la forma en que comen los hijos y a las actividades que realizan, además deben examinar la estructura familiar; puesto que un buen porcentaje de esos casos está ligado al aspecto afectivo que recibe el niño o a problemas familiares.

Hay casos en donde el niño presencia una pelea entre los padres y esto provoca que se sienta solo, lo cual puede llevar al infante a refugiarse en la comida, ello se vuelve como un sustituto afectivo. Como consecuencia del sobrepeso, el niño puede sufrir burlas y rechazo en la escuela.

La desaprobación que los demás manifiestan en relación a la apariencia del niño puede provocar aislamiento, negación y rechazo hacia sí mismo, lo cual puede evidenciar que el sobrepeso va más allá de un padecimiento físico y abarca también el aspecto psicológico del individuo. Se hace mención también acerca de las nuevas formas de entretenimiento que los niños adoptan en el presente, tales como los videojuegos y la televisión, lo cual promueve el sedentarismo, cuyo significado es la poca o nula actividad física, una situación que impulsa la aparición o prolongación del sobrepeso.

Moya (2009) jefe del Departamento Intensivo de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, refiere en un artículo de Prensa Libre, pagina 10 con fecha trece de octubre, que las causas del aumento de sobrepeso en los niños de Guatemala son esencialmente tres: mayor disponibilidad de alimentos artificiales, menor cantidad de ejercicio y poca supervisión en lo que se come. En muchos hogares guatemaltecos se ha acostumbrado a tener en la refrigeradora bebidas

gaseosas hasta por doble litro, todas al alcance de los menores, que las prefieren antes que el agua pura.

En relación a la actividad física, uno de los factores es que en el país no existen áreas verdes seguras, donde los niños puedan jugar. Eso se traduce a que existe más riesgo de usar computadora, ver más televisión o distraerse en juegos electrónicos; algo que ocurre en muchos hogares guatemaltecos es que los niños se entretienen de esa manera y lo más lamentable es que prefieren eso a realizar actividades que requieran un esfuerzo físico.

Ferro (2010) en el artículo: La importancia del autoconcepto, en la página de internet Psicólogo escolar, señala que el autoconcepto hace referencia al conjunto de sentimientos, percepciones y valoraciones que un individuo tiene sobre sí mismo que aluden a las propias características y capacidades, a los valores, metas, ideales, percibidos positiva o negativamente por el sujeto. El autoconcepto comienza a perfilarse en los primeros años de la vida y sufre fluctuaciones cuantitativas y cualitativas a lo largo del desarrollo.

El autoconcepto es un resultado importante del proceso socializador y educativo. Proporciona pautas para interpretar la experiencia; es el punto de referencia sobre la base en donde se organizan todas las vivencias. El significado y valor de la realidad dependen, en gran parte, del concepto que de sí misma tenga la persona. Es necesario tener un autoconcepto positivo para una conveniente adaptación del individuo a los sucesos de la vida, para la felicidad personal y para un funcionamiento adecuado externo e interno.

Gálvez (2010) en el estudio sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en niños de 7 a 13 años de edad, de la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala; señala que existe una prevalencia del 16.9 % de sobrepeso infantil. El sexo masculino posee más características de sobrepeso, los aspectos que influyen en la aparición son: la ingesta en menor medida de verduras, esto contribuye con un 45.0 %. La poca actividad física o la que se realiza solo los fines de semana colabora a la aparición en un 32.3%.

Con el estudio llevado a cabo en centros educativos de la ciudad de Quetzaltenango, Quetzaltenango; demostró que los niños de cuarto curso tienen la mayor prevalencia, éstos están comprendidos entre las edades de 10 a 11 años. Por todo lo anterior, indica que, Quetzaltenango esta frente al inicio de una de las epidemias del siglo XXI, los resultados son similares a otros estudios realizados en diferentes partes de mundo.

Hernández (2010) en el estudio de tipo descriptivo cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, e identificar los factores de riesgo en niños de 7-12 años de edad de la Institución Educativa John F. Kennedy de Cartagena; en donde a través del cuestionario de actividad física (PAC-A) y del instrumento de valoración del estado nutricional realizado a 269 escolares, los cuales fueron seleccionados en base al tipo de muestreo aleatorio simple; indica que una de las causas de sobrepeso en los escolares, es que estos consumen diariamente alimentos con alto contenido graso y calórico de bajo valor nutritivo. También se puede observar el muy bajo consumo de carne de cordero y de cerdo, a diferencia de la carne de res y de pollo que son consumidos con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana.

De acuerdo a los datos, concluye que un alto porcentaje de escolares nunca realiza actividad física, en vez de ello dedican el tiempo a ver televisión, al computador y a practicar videos juegos.

Ante ello recomienda desarrollar programas de prevención del sobrepeso y la obesidad, entre los niños escolarizados, y de igual forma entre la familia y profesores, y que estén orientados en particular, a los estratos más desfavorecidos; por medio de actividades de educación nutricional, con el objeto de producir cambios en los patrones alimentarios y de hábitos de vida, que promuevan una dieta más variada y el ejercicio

Pacay (2012) en el artículo ¿Soy cómo quiero ser?, de la revista Amiga, del periódico Prensa Libre, con fecha once de julio; menciona que son diversas las formas como las personas pueden formarse una idea sobre quiénes son o como deben verse para formar el autoconcepto, de acuerdo a la cultura, autoestima y espiritualidad. Pacay cita a la vez a la psicóloga Nancy Bailey quien explica que la personalidad individual es una constelación de factores que genera

una serie de comportamientos encaminados a permitir el funcionamiento individual de la mejor manera posible. Uno de esos elementos es el autoconcepto o imagen de sí mismo, que se forma de tres formas: lo que la gente piensa de sí misma, lo que proyecta o piensa que proyecta a los demás y lo que las personas del entorno realmente perciben.

Petz (2013) en la revista Aula 2.0 de prensa libre con fecha 29 de noviembre, en el artículo ¡Vos valés mucho!, opina que el autoconcepto es el sentirse una persona querida, amada y respetada, a la vez esto hace que la autoestima y confianza sean fuertes. Ante ello es necesario que los niños y jóvenes aprendan a no necesitar de los demás para sentirse bien. Es importante que se desarrolle una suficiente auto aceptación y autoconocimiento para que conozcan cuánto valen como individuo, de esta manera no necesitarán de la aprobación de los demás para valorarse, quererse y actuar.

Uz (2013) en el estudio descriptivo cuyo objetivo principal fue el de identificar el nivel de autocontrol en niños con sobrepeso; realizado con la ayuda de la prueba de autocontrol en niños y adolescentes (CACIA), en instituciones educativas y privadas de la zona 6 del municipio de Retalhuleu, de clase económica pudiente-media, con una población de 120 sujetos, en donde se tomó como muestra a 80 niños con sobrepeso, en edades comprendidas entre los 11 a 13 años de género masculino y femenino, concluye que las consecuencias psicológicas del sobrepeso, va mucho más allá de lo que se puede imaginar; en los medios de comunicación los niños son presentados como personas simpáticas y graciosas, pero otras veces como personajes glotones y cómicos. Después de los seis o siete años, un niño ya es consciente de lo que ve y escucha por la radio o televisión, así que la idea sobre los niños obesos se forma desde temprana edad.

Muchos de los niños con sobrepeso, tienen problemas en la escuela, para ellos la intimidación o los sobrenombres despectivos tienden a afectarles, ello produce un sentimiento de inferioridad que puede hacer que se vean a sí mismos como personas desagradables, lo que repercute en la autoestima. Además de afectar el rendimiento escolar y provocar que se cierren a sí mismos, al convertirse en personas de menor sociabilidad que el resto. Se cree que

aproximadamente el 10% de los niños obesos padecen depresión. Muchas veces buscan refugio en la comida, lo cual perpetúa el problema.

Ante ello recomienda que se implementen programas de autocontrol en los centros educativos. Es necesario capacitar a los maestros para que se instruyan no solo en el área escolar sino también en el área psicológica, algo importante para el desarrollo emocional, físico del niño.

Méndez (2013) en el artículo: Lo que recomienda la Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) para evitar la obesidad infantil, en El Periódico, con fecha 15 de julio, cita un estudio realizado por la organización internacional en la que la doctora Sandra Barahona, consultora de la OPS en Guatemala, menciona que existe la probabilidad de que los niños padezcan de sobrepeso al ingerir una bebida gaseosa o con azúcar; el sobrepeso y la obesidad tanto en adultos como en niños ha aumentado en los últimos 43 años. Un 87 por ciento se centra en el área urbana en niños menores de 5 años.

En el artículo se menciona que los hábitos alimenticios se fijan en la niñez y adolescencia, y que estos predeterminarán la salud en la adultez. De acuerdo a esto las recomendaciones van orientadas hacia los padres, porque estos son quienes deben monitorear, formar los hábitos y establecer una dieta balanceada de alimentación en los hijos para evitar el sobrepeso y futuras enfermedades que podrían desencadenarse.

De acuerdo a estos datos los niños gordos no tienen una alimentación balanceada y no se aceptan, viven enojados con ellos mismos y con las personas que se burlan de ellos. Para que el autoconcepto no se altere debido al aspecto físico, es necesario que los padres les brinden afecto para demostrarles que los quieren sin importar el físico que tengan.

Berganza (2014) señala en el artículo Fomente la autoestima del periódico Nuestro Diario en la sección Nuestra familia, con fecha 15 de mayo, que el autoconcepto es la idea que se tiene de sí mismo y la diferencia de la autoestima, ésta la define como la valoración afectiva, sin embargo menciona que ambos términos se interrelacionan. Parte importante para que el niño crezca sanamente son las caricias positivas que los padres deben darles.

En el mismo artículo se menciona al psiquiatra Rolando Lemus quien dice que cuando el niño asiste al ámbito escolar comienza a compararse con otros, lo cual hace que se corra el riesgo de ser el blanco de burlas cuando se tiene alguna característica que le distingue del grupo, tales como ser gordo o demasiado flaco e invariablemente puede repercutir en la autoestima y por ende en el autoconcepto.

1.1 Sobrepeso

1.1.1 Definición

Porti (2006) define sobrepeso como el exceso de peso con un marcado riesgo de padecer obesidad. Para comprender aún más lo que ello significa es imprescindible mencionar la connotación del término peso y este hace referencia a la suma de los pesos de los músculos, el esqueleto, el tejido adiposo y las vísceras del sujeto. Es necesario distinguir los conceptos sobrepeso y obesidad, este último se refiere al exceso de grasa en el cuerpo y no al superávit de peso como ocurre con el sobrepeso. Ante esa definición es importante prestar atención, no hay que confundirlos, pero el sobrepeso sí conduce a la obesidad, por tanto están íntimamente ligados. El patrón que lleva uno al otro es el exceso de comida, acumulación de calorías, falta de actividad física o insuficiente gasto calórico y acumulación de grasa.

La autora cita a la vez a la OMS y alude que en el mundo existen alrededor de mil millones de personas adultas que padecen de sobrepeso, además de dos mil millones de niños y adolescentes que también lo padecen. Con esos datos se hace evidente que esa condición es bastante común en la población mundial, algo que no puede ser ignorado, puesto que las consecuencias de ese padecimiento tanto en niños como en adultos son varias.

Minelli y Pagano (2006) señalan que para saber si una persona tiene o no sobrepeso, la persona puede valerse de un sistema práctico que se basa en precisar el Índice de Masa Corporal (IMC), lo cual permite determinar la grasa que el sujeto tiene en el cuerpo; ello se calcula con la siguiente fórmula: $IMC = \frac{\text{Peso corporal en Kg}}{\text{Altura en Metro}^2}$.

En donde el peso corporal expresado en kilogramos se divide con la altura expresada en metros y elevada al cuadrado. Si el resultado es un valor inferior a 23 en mujeres y 25 en hombres, significa que el peso es normal. Por el contrario si el resultado indica valores de 30 en hombres y 28,7 en mujeres, indica que el peso sobrepasa al adecuado, por tanto existe un exceso de peso, lo cual puede denominársele como sobrepeso u obesidad.

1.1.2 Causas

Porti (2006) menciona que la aparición del sobrepeso y obesidad tiene que ver con el tipo de alimentación que la madre recibió durante el embarazo. Hay también una relación hormonal, aunque no influye de gran manera tal como lo hace la alimentación inadecuada y la falta de ejercicios. Entre estos factores hormonales están: hipotiroidismo, trastornos del sistema nervioso, trastorno con las hormonas del hipotálamo, alteraciones de la insulina y disminución de la leptina.

Heyward (2008) hace mención del por qué algunas personas engordan o bajan de peso, e indica que ello es el resultado de un desequilibrio energético; el balance del mismo se logra cuando el aporte y gasto calórico coinciden o bien cuando la ingesta de alimentos supera al gasto energético. Por cada 3500 calorías se acumulan 450 gramos de grasa. Las necesidades calóricas se miden en función del metabolismo de la persona y la actividad física necesaria. La tasa metabólica basal es una medida de la cantidad mínima de energía que se requiere para la regulación de otras funciones del organismo como respirar o para la buena circulación de la sangre.

Por otra parte Sananes (2006) indica que la sobrealimentación y la falta de actividad física no son suficientes para explicar el sobrepeso. Por ello enumera las causas fundamentales con mayor detalle, es necesario conocerlas para encontrar el tratamiento adecuado. El autor enuncia las siguientes:

- Alimentación inadecuada
- Uso de alimentos nocivos
- Biotipos
- Genética

- Influencia familiar
- Problemas psicológicos Primarios
- Sedentarismo

A. Alimentación inadecuada

La ingesta excesiva e inapropiada de comida es un mal hábito que altera la funcionalidad del metabolismo. No respetar las sensaciones de hambre o saciedad distorsiona el peso de la persona.

Las dietas rigurosas suelen engordar debido a que la restricción de calorías en el cuerpo es un error porque alteran la funcionalidad del organismo, se produce una compulsión por comer que no lleva al adelgazamiento sino a la gordura debido a lo que se denomina efecto rebote, en el cual se experimenta cierto malestar al hacer dieta y lo que sigue a ello es la ansiedad por comer.

B. Uso de alimentos nocivos

El consumo de comida procesada e industrializada acarrea ineludiblemente a la obesidad o sobrepeso, la ingesta de ese tipo de alimentos es una conducta normal que es mayormente evidente en las zonas urbanas, aunque las personas con predisposición a engordar, desarrollan sobrepeso con mayor frecuencia. La sumisión a estos alimentos es comparable con los efectos que producen la nicotina, cafeína, alcohol o las drogas, además esa adicción puede generarse a cualquier edad, no importa si el individuo es aún un niño o adulto

Hyman (2006) expresa que los edulcorantes artificiales, los cuales son parte de los alimentos industrializados, ocasionan una mayor producción de insulina y cuando una persona tiene concentraciones más altas de esa hormona, tiende a ingerir más alimentos en consecuencia ello altera el control del apetito de forma violenta, lo cual hace que la persona sea incapaz de monitorear por cuenta propia lo que consume.

C. Biotipos

Sananes (2006) refiere que el elemento biológico predispone a la persona a desarrollar ciertas características relacionadas con el tipo de cuerpo que determina la pauta morfológica y aspecto externo del individuo. Existen tres biotipos diferentes, está el tipo atlético o endomorfo cuya complexión es robusta; el tipo leptosómico o longilíneo también llamado mesomorfo, el cual es de una figura esbelta y es la más aceptable y deseable, porque es la más cercana a lo que la sociedad cataloga como la más estilizada y bella. Por último se encuentra el modelo pícnico o ectomorfo, el cual es el tipo ancho y menos aceptable.

D. Genética

Pierce (2009) menciona el rol que la genética representa en el sobrepeso. Los sujetos con esta afección tienen padres que también la padecen, la opinión se basa en la comparación realizada en niños adoptados y padres biológicos; hay una relación entre padres e hijos biológicos en cuanto a talla, peso y figura corporal. Además se han realizado comparaciones entre gemelos idénticos y los resultados fueron similares, parte de esas similitudes se deben a la velocidad con el que los cuerpos de los sujetos queman calorías. La tasa metabólica en reposo se hereda, ello explica por qué algunas personas tienen una predisposición innata en la eliminación de calorías sin que realicen algún tipo de ejercicio.

Gerrig y Zimbardo (2005) explican que se ha encontrado un gen llamado Leptina que parece regular la cantidad de grasa en el cuerpo durante el lapso de la comida, es decir, mientras el sujeto come, este gen envía señales al encéfalo cuando considera que ya se ha ingerido la cantidad suficiente de grasa que el organismo requiere, de esa manera el individuo debe dejar de comer. Aunque no ocurre con todos, aparentemente en los individuos con sobrepeso y obesidad este gen no parece funcionar correctamente, por tanto no es posible realizar una afirmación que defina concretamente si la Leptina es el gen que está netamente involucrado.

Sananes (2006) expresa que se hereda la figura corporal y la forma en que la grasa se distribuye en el cuerpo, pero no los hábitos alimenticios ni el peso en exceso, eso se vincula más con la fuerza de voluntad y conductas del sujeto. La característica principal de la

influencia de la genética en la aparición del sobrepeso es la predisposición que se hace latente cuando la persona come demasiado y la facilidad para engordar se vuelve visible.

Ucros (2009) menciona además de la Leptina, a otros mecanismos hormonales y neuroquímicos que alteran el balance energético, lo cual conduce al sobrepeso y obesidad, entre ellos están: la hormona de crecimiento, grelina, neuropéptico y melacortina, los cuales son responsables de la regulación del hambre, saciedad, lipogénesis (Síntesis de ácidos grasos y esterificados o unidos con el glicerol para formar triglicéridos o grasas de reserva.) y lipólisis (transformación de lípidos en ácidos grasos y glicerol para cubrir las necesidades energéticas).

Guisasola (2012) destaca que la correlación genética con el sobrepeso da paso a una posibilidad de incluir un tratamiento farmacológico, aunque no queda muy claro cuál es el gen involucrado en la predisposición a padecer sobrepeso. Los factores que modifican la actividad de los genes son el consumo de tabaco, las toxinas, las drogas, las dietas y el estrés.

E. Influencia familiar

Gil (2010) menciona que los padres que padecen sobrepeso no siempre están conscientes de la obesidad y sobrepeso del hijo, o bien se muestran renuentes a admitirlo, esa actitud hace difícil que el sobrepeso se prevenga o se trate, porque los individuos adquieren desde niños conductas alimentarias erróneas. Algunos suelen utilizar expresiones como “está un poco gordo, nada más” entre otras similares, lo ven como una forma de sanidad, puesto que consideran que entre más gordo mejor, generalmente son las madres quienes alimentan a los niños en exceso. Cabe destacar que se da más en familias con un estatus socioeconómico medio o alto porque son las que tienen mayor contacto con alimentos industrializados.

F. Problemas psicológicos primarios

Oropeza (2004) expresa que el sobrepeso puede ser el resultado de una serie de problemas psíquicos en el individuo. Cuando no se es capaz de solucionar o al menos enfrentar una situación que produce malestar, se recurre con frecuencia a la ingesta excesiva de comida. Cuando los padres del sujeto están divorciados, ese acontecimiento en la vida de un niño

genera el descuido de los padres hacia él, ello le lleva a refugiarse en alimentos insanos, porque la situación le crea ansiedad que solo puede ser paliada con el consumo de comida poco saludable y por consiguiente el sobrepeso comienza a ganar espacio sin que sea notable, por lo menos al principio.

Es más común que el sobrepeso aparezca en niños con madres solteras, debido a la falta de una figura paterna que no permite que el sujeto reciba el afecto necesario. También aparece cuando los padres pelean demasiado, o bien el clima general del ambiente familiar es negativo y hay una carencia definitiva o parcial de atención y afecto. La falta de calor emocional positivo, se ve compensado entonces con el consumo de alimentos, sobre todos los que producen un efecto gratificante y los que son fáciles de conseguir y preparar; así los niños y adolescentes tienden mayormente a refugiarse en la ingesta de dulces, refrescos, chocolates; consumen comida rápida como pizzas, hamburguesas, sándwiches, papas y pollos fritos, además de golosinas, gaseosas, entre otros.

Cuando una persona desarrolla sobrepeso en la etapa adulta, las causas psicológicas primarias tienen que ver con la separación o abandono de la pareja y pérdida de empleo, y como el individuo no sabe cómo enfrentarse a la situación recurre al consumo de alimentos de forma desmesurada.

G. Sedentarismo

Sananes (2006) anota que el sedentarismo es aunque no directamente, una causante del sobrepeso. Hay personas sedentarias que no son necesariamente obesas o que padecen sobrepeso. La falta de movimientos y esfuerzos físicos no permite la eliminación de la grasa extra que se encuentra dentro del organismo.

El sedentarismo como tal es el resultado de la comodidad excesiva de la sociedad actual, a diferencia de los primeros seres humanos que se tenían que mover para recolectar los alimentos, en la civilización actual esas actividades ya no se realizan, mucho menos en el área urbana, debido a la utilización de vehículos y la existencia de supermercados. Además los

utensilios y electrodomésticos convierten las tareas en algo fácil de realizar que no requiere ningún esfuerzo físico.

1.1.3 Sobrepeso infantil

Porti (2006) refiere que la obesidad y sobrepeso infantil son dos problemas de mayor interés en la salud pública porque representa consecuencias médicas y psicológicas. En la infancia los individuos no sufren complicaciones, pero desarrollan una propensión a padecer enfermedades en la vida adulta. Algunos especialistas opinan que el sobrepeso en el niño podría empezar desde que se es bebé y va a depender del tipo de alimento que el niño reciba, o bien durante el primer año de vida, lo cual coincide con el aprendizaje motor. Así como también puede ocurrir a partir de los tres años de edad en donde el niño podría estar sobrealimentado, lo cual es peor porque en edades tempranas es mayor el riesgo de padecer no solo sobrepeso sino obesidad.

Armoza (2007) señala que el sobrepeso infantil es más frecuente que la obesidad (esta última es una forma más grave e incapacitante a largo plazo). Años atrás ser gordo se consideraba un signo de salud, ahora se ha determinado que es un problema que tiene consecuencias.

Para Heyward (2008) el sobrepeso infantil aparece cuando el niño tiene un IMC entre 27 y 29,9 kilogramos/metros ², los estándares para establecer el peso ideal en las personas se basa en la edad, peso y talla del individuo. Heyward cita a la OMS, y explica que para esta organización el sobrepeso representa una nueva preocupación alarmante y aunque no es transmisible como otras, sí es crónica.

1.1.4 Diagnóstico del sobrepeso infantil

Porti (2006) señala los siguientes métodos para determinar el peso de los niños, los cuales son de utilidad para diagnosticar a los individuos que padecen de sobrepeso u obesidad.

El método más conocido y utilizado, además de ser el más confiable, es el que calcula el IMC, éste correlaciona con mayor exactitud la grasa corporal, al calcularlo se obtiene el peso normal de un niño de acuerdo a la edad. La fórmula es: $IMC = \frac{\text{peso corporal en Kg}}{\text{Altura en Metro}^2}$. Al niño que tiene un IMC que se encuentra en el percentil de 85 a 95 puede considerársele

con un riesgo de sobrepeso; ahora si el IMC está o es mayor al percentil 95, se diagnostica sobrepeso y mayor probabilidad de obesidad.

La antropometría es otro método utilizado, aunque es más complicada y menos efectiva; mide las medidas del cuerpo del hombre, la aplicación se realiza de diferentes maneras:

- Relación peso y talla: Consiste en la medición de la masa corporal total de niño. La limitante del mismo es que no se obtiene la cantidad de grasa exacta porque no la diferencia de la masa muscular. Es utilizada generalmente en los niños pequeños.
- Medición de pliegues de grasa subcutánea: Mide la cantidad de grasa subcutánea, la cual representa casi un 50% de masa corporal total en el cuerpo, mediante el lipocalibrador se logra medir los pliegues subcutáneos llamados precipital y subescapular.
- Medición de la relación cadera-cintura: es utilizado principalmente para prevenir enfermedades crónicas, en donde la acumulación de grasa en el abdomen está relacionada con la aparición de enfermedades como la diabetes tipo II y las cardiovasculares.
- Otra forma para determinar el peso se basa en la medición de agua total en el cuerpo por dilución de marcadores, la cual consiste en pedirle al individuo que ingiera un líquido como marcador y luego es medido a través de la cromatografía o absorción infrarroja. La técnica requiere que se conozca previamente el valor del agua corporal.

1.1.5 Consecuencias físicas

Kaufer y Pérez (2008) apuntan que el niño con sobrepeso tiene mayores riesgos de padecer enfermedades futuras, además de evolucionar a la obesidad. Entre los problemas de salud que tienden a aparecer en consecuencia son las cardiovasculares, la enfermedad del corazón es una inflamación de la arteria coronaria; enfermedades crónicas y endocrinológicas como la hiperlipidemia, esta última consiste en la presencia de niveles elevados de colesterol y triglicéridos en la sangre; e hiperinsulinemia, la cual se refiere a una cantidad excesiva de insulina. Así también está la resistencia a la insulina, diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial y aterosclerosis temprana. Todo ello debido a cantidades elevadas de colesterol, comidas con alto contenido graso y de azúcar, e inactividad física.

Según Caruci (2005) el sobrepeso está relacionado no solo con la aparición sino que también con una elevación de la presión arterial, además limita la funcionalidad de los fármacos dirigidos a reducir la presión arterial, porque entre más peso tenga una persona, menor es la efectividad de los medicamentos prescritos para la reducción de la misma. Por ello la persona hipertensa debe adelgazar. El sobrepeso también se vincula con artritis, algunos tipos de cáncer, el aumento de ácido úrico en el organismo, alteración en el crecimiento que puede provocar retraso, problemas articulares que a la vez derivan en la artrosis, la colelitiasis, la cual se refiere a la aparición de piedras en la vesícula biliar y por último está también fuertemente ligado a una muerte prematura.

1.1.6 Consecuencias Psicológicas

El sobrepeso altera la salud psicológica del niño, porque acarrea problemas emocionales que comienzan con una pérdida de autoestima. Normalmente son víctimas de chistes, burlas y rechazo de los demás. Cuando esa situación no es percibida por los adultos o no se trata correctamente puede evolucionar a psicopatologías como la anorexia, bulimia o depresión cuyo tratamiento sería complicado.

Kaufer y Pérez (2008) indican que no todos los niños con sobrepeso tienen problemas psicológicos. La aceptación de sí mismos también depende de la calidad afectiva que han recibido en casa. Los niños que sí llegan a desarrollar algún problema emocional suelen aislarse socialmente, mantienen una imagen corporal distorsionada y se sienten presionados a bajar de peso. Sucede entonces que la ansiedad aumenta, la indefensión aparece, los sentimientos de culpabilidad pasan a formar parte de la vida, a consecuencia de todo ello surge un déficit de autoestima y por consiguiente un deterioro del autoconcepto.

A. Efectos del sobrepeso en el autoconcepto del niño

Sadurní, Rostán y Sellabona (2008) expresan que los niños con sobrepeso desarrollan un autoconcepto pobre y negativo con respecto a la imagen corporal y social, porque se visualizan como personas inferiores a los demás y ello les lleva a un sentimiento de inferioridad que cargan hasta la adultez, demuestran escaso autocontrol que les genera culpa.

Manifiestan una conducta retraída y se aíslan de los demás, porque temen ser la burla de otros, aunque generalmente lo son. Ello lleva a un mayor empobrecimiento del autoconcepto.

Es bastante común que los niños con sobrepeso se definan como personas feas, y piensan que deberían estar delgadas. Esa idea de tener un peso mayor al que deberían tener o de que las personas esbeltas se ven mejor, lleva al niño a desplegar una opinión errada en que se subestiman a sí mismos y supra valoran las características de los demás.

El autoconcepto físico, se ve principalmente afectado porque el niño no se siente cómodo por la forma en que se ve, siente y por las dificultades que encuentra para realizar movimientos corporales. Al igual que otros niños, deben efectuar actividades que están ligadas con la destreza motora, física y flexibilidad del cuerpo, así como también con la resistencia respiratoria, algo que a ellos se les complica. Aunque el sobrepeso no afecta a todos los niños que lo padecen por igual en lo referente al autoconcepto, la gran mayoría demuestra tener cierta frustración con respecto a ello.

B. Trastornos psicológicos

Redondo, Galdó y García (2008) mencionan que cuando el autoconcepto es negativo, surgen alteraciones psicológicas, el niño puede llegar a desarrollar psicopatologías debido a la insatisfacción con la imagen corporal, aunque no es común, suelen presentarse. La principal es la baja autoestima, porque la apariencia física determina gran parte de la valoración personal. Así mismo se pueden enumerar consecuencias más graves como:

- La ansiedad que surge como el resultado de una mala percepción de la figura corporal en las relaciones interpersonales, el sujeto se puede sentir avergonzado sobre la imagen física que posee y por ello termina por alejarse y evitar situaciones en donde se ponga en evidencia el físico.
- Depresión: Cuando una persona no se siente capaz de controlarse y conforme con la imagen corporal tiende a sentirse desesperanzada, lo cual lleva a una tristeza patológica.
- Conducta antisocial: Cuando la autoestima y el autoconcepto son negativos, el niño se aísla socialmente porque no se adapta al entorno hostil.

- Trastornos alimentarios: La inconformidad con el propio cuerpo lleva al individuo a realizar dietas inadecuadas lo cual ocasiona problemas en la conducta alimenticia como la anorexia nerviosa, la cual se refiere a una marcada preocupación por mantenerse o ser delgado.
- Bulimia, es otro trastorno que consiste en comer en exceso y luego vomitar. El sujeto se siente culpable por haberse alimentado inadecuadamente, se caracteriza principalmente por los atracones y purgativos.
- Ortorexia se refiere a una obsesión por comer comida saludable, debido a la vulnerabilidad y distorsión de la imagen corporal que genera un malestar muy marcado.
- Vigorexia o dismorfia corporal es la preocupación excesiva por el físico, este es un subtipo del trastorno dismórfico corporal.

1.1. 7 Peso adecuado en niños

Silva (2012) establece que para determinar si un niño tiene un exceso de peso, no basta con tan solo observar si el niño está delgado o gordo, ello también depende de la masa muscular y de los factores genéticos. El peso óptimo se basa en la altura, edad y talla del individuo, es de reconocer que aunque hay niños de la misma edad, la altura suele variar, debido a los rasgos hereditarios y tipo de alimentación.

Cuando un niño está gordito, es necesario prestarle la atención necesaria. No es adecuado que el infante pese más de lo normal, es importante consultar con un pediatra las razones por el cual se da ese problema, ello puede producirse debido a algún desorden metabólico, mala alimentación, sedentarismo o bien a la presencia de algún trastorno alimentario oculto. El profesional es quien determinará las razones e indicará las medidas a tomar en cuenta para la solución del mismo.

La OMS (2007) condensa en una sola tabla el IMC que los niños deberían tener según la edad; en ella se describe de forma detallada cuando el niño tiene un peso normal, sobrepeso u obesidad, en las edades comprendidas entre 5 a 13 años, tal como se muestra a continuación.

Tabla 1. Índice de masa corporal en niños

Edad (años: meses)	Obesidad (IMC)	Sobrepeso (IMC)	Normal (IMC)
5:1	≥18.3	16.6–18.2	14.1–16.5
5:6	≥18.4	16.7–18.3	14.1–16.6
6:0	≥18.5	16.8–18.4	14.1–16.7
6:6	≥18.7	16.9–18.6	14.1–16.8
7:0	≥19.0	17.0–18.9	14.2–16.9
7:6	≥19.3	17.2–19.2	14.3–17.1
8:0	≥19.7	17.4–19.6	14.4–17.3
8:6	≥20.1	17.7–20.0	14.5–17.6
9:0	≥20.5	17.9–20.4	14.6–17.8
9:6	≥20.9	18.2–20.8	14.8–19.1
10:0	≥21.4	18.5–21.3	14.9–18.4
10:6	≥21.9	18.8–21.8	15.1–18.7
11:0	≥22.5	19.2–22.4	15.3–19.1
11:6	≥23.0	19.5–22.9	15.5–19.4
12:0	≥23.6	19.9–23.5	15.8–19.8
12:6	≥24.2	20.4–24.1	16.1–20.3
13:0	≥24.8	20.8–24.7	16.4–20.7
13:6	≥25.3	21.3–25.2	16.7–21.2

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2007)

1.1.8 Prevención del sobrepeso infantil

Ucros (2009) cita las recomendaciones de la Asociación Americana de Pediatría, la cual muestra en síntesis y de manera acertada las medidas principales de prevención, una de ellas es la identificación de patrones repetitivos en la familia acerca del sobrepeso, además es importante realizar un análisis sobre las condiciones económicas, ambientales y genéticas. Así mismo se cita otras formas de prevención tales como:

- Realizar por lo menos una vez al año una evaluación sobre IMC del niño.
- Estimular la lactancia materna
- Los padres deben involucrarse y dar el ejemplo, es necesario que consuman alimentos bajos en grasa, si es que están acostumbrados a los de alto contenido calórico, es

necesario que modifiquen esos hábitos. Como parte de una alimentación adecuada deben incluir frutas, verduras y granos para fomentar la buena salud en los niños.

- Tanto en la casa como en la escuela es importante que los padres y educadores promuevan la actividad física.
- Limitar el tiempo que los niños utilizan para ver televisión, usar la computadora y videojuegos.
- Alentar a las entidades públicas para que realicen campañas de conciencia sobre las consecuencias del sobrepeso.
- Monitorear la calidad y cantidad de alimentos que los niños consumen.
- Consultar con un experto sobre el peso adecuado de los niños de acuerdo a las características propias.

Silva (2012) menciona que para la prevención es necesario que los padres consulten principalmente con un profesional sobre la cantidad de comida que debe consumir el niño, hay que tomar en cuenta que no todos pueden comer las mismas cantidades; hay quienes necesitan comer más y hay otros que comen menos, además hay épocas en las que el niño no tiene hambre y otras en las que aumenta.

1.1.9 Tratamiento del sobrepeso infantil

Ucros (2009) expone que el tratamiento se enfoca en tres estrategias principales, las cuales son la modificación de la alimentación, el incremento de la actividad física y el cambio de hábito del comportamiento. El tratamiento debe ser puesto en marcha siempre y cuando se conozca la edad, altura, peso y sexo del niño, porque el sobrepeso puede estar presente en diferentes niveles.

Para ello es necesario que el niño mantenga el índice de masa corporal de acuerdo a las indicaciones de la OMS, si se sobrepasa se llegaría a la obesidad, lo cual representaría un problema mayor a un más difícil de tratar.

En los niños de dos a siete años que tienen un IMC igual o menor al percentil 95, que no presentan ningún tipo de problemas físicos; el tratamiento se enfoca en mantenerlos en ese

percentil y no permitir que aumente, es importante vigilar que el individuo alcance el peso óptimo. Por el contrario se presentan alguna alteración secundaria, se hace necesario adoptar medidas orientadas a bajar de peso. En relación a los niños de siete años o mayores lo adecuado sería ayudarlos a mantener el IMC entre 14.1 a 17.1.

Ahora el tratamiento con medicamentos solo está prescrito para individuos de doce años en adelante, porque tienen efectos secundarios, por ello el uso de los mismos debe realizarse de forma controlada. A los niños mayores de doce años normalmente se les administra el Orlistat, el cual está indicado para inhibir la lipasa intestinal. Ahora en adolescentes mayores de dieciséis años se prescribe Subutramina, un inhibidor de la receptación de serotonina y norepinefrina.

El tratamiento quirúrgico o cirugía bariátrica, es una opción solo cuando el IMC del individuo asciende a 40, y los problemas secundarios son graves, además ello es solo recomendable si la persona tiene alrededor de trece años de edad, esto en el caso de las mujeres, en los hombres se requiere una edad mínima de quince. Además se debe recurrir a él solo cuando el tratamiento multidisciplinario (modificación de hábitos alimenticios y conducta; actividad física) no funciona después de seis meses.

Caruci (2005) refiere que es importante tener en cuenta que realizar dietas por cuenta propia como tratamiento no es adecuada, ello altera el metabolismo y funcionalidad general del organismo del individuo, es necesario acudir a un médico pediatra, para que este determine las cantidades necesarias de alimentos que el niño requiere.

1.1.10 Alimentación adecuada en niños

Walker (2011) expone que la alimentación debe ser controlada desde el nacimiento del niño por ello, durante el primer año de vida, hay que tomar en cuenta que el niño triplica el peso y la estatura en un 50%. La lactancia materna, es la mejor manera para alimentar al bebé, porque la artificial contiene una mezcla de proteínas distintas; en cambio la leche de la madre satisface las necesidades nutricionales para el crecimiento debido al bajo nivel de azúcar,

aminoácidos y ácido graso. Además reduce el riesgo de padecer sobrepeso, porque son los niños quienes controlan la cantidad que necesitan.

Es la madre quien debe saber medir la cantidad de comida que ingiera el niño; no es aconsejable la idea de que los niños deben comer mucho para estar sanos, ello no es sinónimo de salud. Hay que tener en cuenta que los niños sobrealimentados se cargan de células grasas que los acompañarán de por vida.

A partir de 1 a 4 años de edad el niño comienza a demostrar independencia, se mueve libremente e intenta escoger los alimentos que desea comer. Aunque el crecimiento continua, no lo hace con la misma velocidad con la que crece en los doce primeros meses de vida. Al terminar el tercer año de edad, las niñas y los niños alcanzan el 50% de la estatura adulta.

Para que el niño tenga un buen desarrollo y crecimiento físico, empiece por adoptar hábitos alimenticios adecuados, es importante que en la dieta se incluyan alimentos variados como: Carnes, pescado, pollo hortalizas, verduras, frutas, agua pura, refrescos naturales, entre otros. A partir de los dos o tres años, el niño puede consumir leche descremada, para comenzar a reducir la grasa de la dieta diaria, lo ideal serían tres tazas de leche diaria o derivados. El requerimiento de proteína en estas edades es aproximadamente de 1,2 gramos por kilo de peso al día.

Alrededor de los cuatro hasta los diez años de edad el crecimiento corporal es de unos 2,5 a 3,5 kg por año, la talla, aumenta de 5 a 8 cm por año hasta el inicio de la pubertad. Lamentablemente muchos niños que oscilan entre estas edad se muestran renuentes a consumir alimentos saludables debido a que los consideran insípidos, por lo que los padres deben hacer esfuerzos para que los ingieran.

Los padres deben procurar que la dieta del niño aporte todos los nutrientes necesarios, porque la carencia de vitaminas, hierro o calcio comienza en estas edades y puede dar lugar a anemias u otro tipo de complicaciones. Es importante controlar que el niño no consuma en demasía

golosinas, gaseosas, dulces entre otros, porque este tipo de comida aporta calorías vacías. Es normal que a esta edad los niños sientan mayor inclinación hacia ese tipo de alimentos.

A los once y trece años de edad el niño entra a la etapa de la adolescencia y es en esas edades en donde el niño debe establecer buenos hábitos alimenticios. Los cambios psicológicos y físicos se vuelven importantes, por ende la alimentación debe estar en consonancia con esos cambios. De acuerdo a la guía alimentaria para Guatemala, son siete pasos a seguir para una buena alimentación:

- Incluir en todos los tiempos de comida granos, cereales o papas, porque alimentan y son económicos y sabrosos.
- Comer todos los días hierbas o verduras para beneficiar al organismo.
- Consumir fruta, cualquiera que sea, porque son sanas, digestivas y alimenticias.
- Si se come todos los días tortillas y frijoles, por cada tortilla comer una cucharada de frijol para que sea más sustanciosa.
- Comer por lo menos dos veces por semana un huevo o un pedazo de queso o un vaso de leche para complementar la alimentación.
- Al menos, una vez por semana, consumir un pedazo de hígado o de carne para fortalecer el organismo. Para mantenerse sano, es importante comer variado como se indica en la pirámide alimentaria.

1.1.11 Actividad física en niños con sobrepeso

Para la prevención o tratamiento del sobrepeso es importante fomentar el ejercicio físico, para ello se requieren estrategias que motiven al niño a realizarlos, ello no solo fomenta la buena salud física, sino también el bienestar psicológico porque los hábitos en los niveles de actividad física han cambiado en los últimos años.

Márquez (2013) indica que la falta de actividad física está relacionada con el sobrepeso y la obesidad, por tanto es responsabilidad de los centros educativos y padres de familia incentivar a los niños a realizar ejercicios físicos los cuales se definen como el conjunto de movimientos motores musculares, cuya práctica es constante y estructurada, del cual puede obtenerse una mejor condición física, corporal y psicológica en la persona. Al realizar actividades físicas se

produce un gasto energético que se suma al del gasto del metabolismo basal, ello modifica la composición del cuerpo, el funcionamiento del metabolismo y los sistemas, de tal manera que se mejora la relación con la comida y el cuerpo. Además ser el tratamiento o la mejor manera de prevenir el sobrepeso a largo plazo.

La actividad física beneficia al niño con sobrepeso en dos aspectos, el físico y el psicológico, conlleva una disminución del apetito, se reduce la ansiedad y existe un mejoramiento de la imagen corporal. Esta debe ser frecuente para que se produzcan los resultados deseables. La actividad debe ser aquella que haga perder peso al niño como los ejercicios aeróbicos, marcha, trote, gimnasia, bicicleta, natación, los expertos recomiendan practicar 3 veces por semana con una duración de 30 a 40 minutos por sesión, es importante destacar que ello dependerá de la capacidad del individuo y el aumento de ejercicios físicos debe ser gradual, por ello se hace imprescindible contar con la ayuda de un nutricionista, pediatra e instructor.

1.2 Autoconcepto

1.2.1 Definición

Woolfolk (2006) define autoconcepto como la estructura cognoscitiva y opinión sobre uno mismo. El término forma parte de los diálogos y conversaciones diarias. Hay personas que parecen tener un autoconcepto más positivo o más fuerte que otras. Autoconcepto es una palabra compuesta que significa concepto u opinión sobre sí mismo, se refiere a la imagen del yo conocido que cada persona posee; incluye valoraciones de todos los parámetros que son importantes y de relevancia para la persona que va desde la apariencia física, capacidades sociales, intelectuales hasta las habilidades para el desempeño en la vida, entre otros.

Rogers (citado por Ontoria 2006) indica la perspectiva que éste tiene sobre el autoconcepto y de cómo lo describe, el autor parte de la teoría fenomenológica de la personalidad, el cual dice que el autoconcepto es parte de la personalidad y tiene un significado importante dentro de la teoría humanista. En conjunto incorpora las habilidades y percepciones del yo del niño. Si se toma en cuenta la opinión de Rogers, el autoconcepto es un elemento que juega un papel importante en la formación de la personalidad; hay que apreciar el aporte porque la

personalidad define al sujeto para consigo mismo y para el rol que tomará dentro de la sociedad. Un buen autoconcepto permite una personalidad adecuada que será de beneficio para la persona.

Gan y Triginé (2006) explican el autoconcepto o self, como la respuesta a preguntas que el ser humano hace para sí, responde a cuestiones como quién, para quién y para qué; ello da como resultado la comprensión sobre uno mismo, algo que se construye como una cuestión evolutiva desde el nacimiento hasta la madurez.

Shavenson, Hubner y Stanton (citados por Ramos 2008) quienes en los años setentas desarrollaron una propuesta en donde presentaron un modelo que incluía elementos sociales, físicos, académicos y emocionales indican que el autoconcepto es un constructo multidimensional, una idea que en la actualidad es aceptada. En épocas anteriores se creía que podía considerarse como un concepto unilateral y que podría evaluarse de forma aislada. Además señalan que es organizado, jerárquico, evaluativo, multifacético y estable e inherente a cada individuo, es la forma en que un individuo se explica a sí mismo y de cómo se presenta a los demás.

Coon (2009) describe autoconcepto como la percepción personal de los rasgos de personalidad característicos en cada persona, de la misma manera se toma en consideración aspectos como las creencias, ideas y sentimientos respecto a la identidad de cada uno. Una de las principales premisas es la consciencia sobre uno mismo, lo cual permite que el individuo se diferencie de otros, de esta manera se toma en cuenta la autoconsciencia, esa necesidad del sentido del yo como un ser independiente, con identidad propia es un reflejo de la capacidad para reconocerse a sí mismo, algo que se denomina auto reconocimiento.

1.2.2 Origen del autoconcepto

Páramo (2009) indica que el origen del autoconcepto parte de la mezcla de los éxitos y fracasos del individuo que varía con el tiempo, se forma en relación a las tareas que el sujeto realiza desde que nace y en las situaciones en las que se encuentra. Señala que parte del origen

de la formación se debe a la valoración que los demás realizan sobre el individuo, algo que empieza a ocurrir cuando el individuo es un infante aún.

Bandura (citado por Páramo 2009) un psicólogo ucraniano-canadiense, cuya tendencia psicológica es de tipo cognitivo-conductual señala que a través del proceso de imitación el niño puede o no desarrollar un buen autoconcepto, es decir, si crece con figuras adultas que poseen un alto nivel de autoestima, una variable del autoconcepto, éstos se desarrollaran de la misma manera. La sociedad es quien señala las pautas de comportamiento que llevan a la persona a seguir determinada línea. Está ligado íntimamente con la identidad porque se forma desde temprana edad, a raíz de la interacción con el medio ambiente y de la relación existente con los padres y personas significativas en la vida del individuo.

La adquisición del autoconcepto se sitúa fundamentalmente durante los primeros años de vida de la persona, se constituye como un aspecto dinámico que cambia conforme pasa el tiempo. En la construcción del mismo pueden producirse cambios cualitativos como cuantitativos, y se desarrollará de forma positiva o negativa según los reforzamientos que se produzcan en el sujeto.

1.2.3 Factores que determinan el autoconcepto

Gan y Triginé (2006) señalan de forma específica y ordenada los factores que influyen directamente en la formación del autoconcepto; mencionan como parte del mismo la actitud o motivación lo cual se refiere a la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la razón que impulsa a actuar, también el esquema corporal supone la idea que se tiene del cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos; además las aptitudes del sujeto, las cuales son las capacidades que una persona posee para realizar algo de forma adecuada.

- El primer grupo se refiere a la opinión que los otros tienen de uno, eso quiere decir que parte del autoconcepto se ve afectado por las expectativas que los demás tienen acerca de una persona y como consecuencia de esas opiniones el individuo actúa, de acuerdo a los parámetros establecidos, para verse aceptado y aceptarse a sí mismo. Algo común y

esperable es que el sujeto se sienta cómodo ante las normas y hábitos sociales, de lo contrario se generaría una serie de actitudes hostiles y negativas con respecto al entorno. Como resultado solo se obtendría un nulo o escaso autoconcepto personal y social.

- En segundo lugar se encuentran los efectos que la conducta propia tiene en los demás, de ello se puede percibir el rechazo o aceptación, es ahí cuando el individuo empieza a formar una opinión propia acerca de sí mismo; hay que recordar y no olvidar que el ser humano es eminentemente social y por ende no puede ignorar las reacciones que los demás tienen hacia él.
- El tercer factor se refiere a aquellas características personales inherentes a la persona, tales como la edad, sexo, género, condición económica, social, entre otros, e incluso la posición que ocupa en la familia propia; por consiguiente esas cualidades son parte fundamental en la formación del autoconcepto; aunque también existen otros factores que están ligados a las etapas de la vida del sujeto.

Para ello es importante conocer las etapas del desarrollo humano para una mayor comprensión, sin embargo no corresponde entretenerse con ello porque es un tema aparte; un componente que es indispensable mencionar es la crianza, la cual se refiere a la forma en que el individuo es educado en la familia, principalmente por los padres, ante ello se toma en cuenta los mensajes y actitudes que los padres, hermanos y demás miembros cercanos le transmiten, además la cantidad de personas que se hallan alrededor también determinan parte del autoconcepto, es quizá la etapa más importante en la vida de un individuo, porque sucede cuando aún no posee una clara consciencia y no es capaz de organizar una idea concreta sobre sí mismo, eso se desarrolla a partir de los que le rodean.

En la infancia del individuo también influyen los compañeros de escuela y los educadores ya que es un momento en el cual el niño aprende a desligarse de sí mismo y relacionarse con los demás, la consciencia sobre uno mismo y sobre la existencia de los demás se hace cada vez más latente y la comprensión sobre los límites se vuelve evidente, eso provoca en la persona un cambio y una nueva percepción del mundo en relación a sí mismo.

Cuando la adolescencia y la juventud llegan, el autoconcepto que se ha formado y que parecía sólido cambia por ser una etapa complicada y llena de cambios físicos, también provoca un desbalance en la manera en la que el sujeto se ve a sí mismo, hay un mayor interés en la autoimagen, en lo que otros piensan y las comparaciones con otros es cada vez más fuerte. Por tanto el autoconcepto se ve afectado mayormente por lo que los otros opinan y crean sobre la imagen de la persona.

Una vez pasada esa etapa y llegada la madurez, el individuo valora y se percibe ahora como un ser más autónomo y de acuerdo a los logros obtenidos, a nivel personal, familiar social y laboral; el sujeto ya no es un niño sino un adulto que tiene consciencia sobre la propia persona y entorno, lo cual lo convierte en un ser capaz de crearse y poseer un autoconcepto mucho más claro y evolucionado, si se compara con el que tenía en épocas tempranas en relación a la edad cronológica.

De esa manera es como se forma el autoconcepto, esos elementos inciden ya sea de forma directa e indirecta sobre el ser humano, que desde el momento en que se vuelve capaz de razonar sobre la existencia propia toma consciencia de la individualidad y del significado que tiene a lo largo de la vida, aunque el núcleo del mismo se encuentra en la infancia de manera primordial y en gran parte de la adolescencia, el autoconcepto no es estático, sino dinámico y evoluciona todo el tiempo sin que la persona lo note de forma evidente, y mucho menos consciente. El autoconcepto cambia cuando se obtienen nuevos conocimientos en todas las áreas de la vida.

Además el individuo integra el autoconcepto por diferentes áreas que forman parte de él como tal y de acuerdo a las actitudes hacia sí mismo; entre ellas el área cognitivo, que se refiere al conocimiento intelectual y racional sobre uno mismo; el área afectiva que está relacionada con los sentimientos propios y el comportamental que determina la manera de actuar a partir de las dos primeras, es decir en base a lo cognitivo y afectivo. El autoconcepto suele estar vinculado con otro concepto también importante: la autoestima y ésta otorga un mayor o menor valor al mismo.

1.2.4 Autoestima y autoconcepto.

Los términos más utilizados que a menudo suelen confundirse o utilizarse de manera indistinta en una persona son los de autoconcepto y autoestima, cuya similitud semántica es notable. Al distinguir el autoconcepto de la autoestima; podría decirse que el primero es la dimensión descriptiva y hace referencia como ya se ha dicho con anterioridad a la idea que cada persona tiene de sí misma. Mientras que la autoestima es la dimensión valorativa y se refiere al aprecio, estima, amor, que cada cual siente por sí mismo.

Perea (2004) señala las diferencias existentes entre un término y otro, para esta autora el autoconcepto se refiere a la autoimagen, sobre cómo el individuo se percibe a sí mismo, en cambio la autoestima alude al valor que una persona se otorga; esto quiere decir que el primero es una descripción global sobre lo que una persona es. La autoestima por otra parte se define como aquello que le otorga un valor al individuo y tiene una influencia fuerte en el desenvolvimiento interpersonal, aunque no totalmente.

Cuando se posee una autoestima positiva y alta, la persona denota una mayor felicidad y por ende autosatisfacción; esa característica en el individuo ejerce gran influjo en las decisiones que toma en la vida; esta se ve afectada también por el ambiente en el que se desenvuelve el sujeto. Las aspiraciones altas, que quizá estén fuera del alcance del individuo pueden provocar una pérdida de autoestima, la cual puede convertirse en negativa, aunque al principio sea positiva, por ello es necesario conocer las capacidades y debilidades que cada quien tiene.

Una autoestima baja o negativa, genera problemas relacionados a la salud tanto mental como física, pueden darse trastornos psicológicos que hacen difícil un buen desarrollo vital del individuo, por ende y con toda razón es importante que la persona preste atención sobre cómo se siente y valora ella misma, independientemente de cómo la ven los demás.

La autoestima pasa a formar parte del autoconcepto, como un componente más, puesto que este último es más general y está compuesto por otros elementos, los cuales se forman en diferentes áreas o aspectos propios y de los efectos de las relaciones interpersonales. De

acuerdo al grado de autoestima que la persona tenga de sí misma, así se definirá, percibirá y se presentará ante el público.

1.2.5 Elementos del autoconcepto

Cox (2008) señala los elementos que forman parte del autoconcepto. Se sabe que todos los seres humanos se desarrollan en diferentes escenarios a lo largo de la vida y la experiencia que obtiene en cada uno de ellos es distinta, por tanto el sujeto es un ser complejo cuyas características pueden ser analizadas en partes, para luego ser definido holísticamente.

Así como la autoestima es un elemento que forma parte del autoconcepto y es de cierta manera la que le otorga el ingrediente afectivo; es necesario mencionar los otros principios que configuran el autoconcepto, el cual no puede ser generalizado a todos los ámbitos de igual manera, porque si el sujeto se encuentra en la escuela, colegio, instituto o universidad, u otros establecimientos educativos, la percepción sobre sí mismo variará y se distinguirá si se le compara con el autoconcepto que tiene sobre el físico propio o con la percepción que tiene a un nivel social o familiar.

Además no todos los principios tienen un valor idéntico, los estímulos y la percepción de los mismos penetran en el individuo de forma diferente y eso produce una distinción entre uno y otro. Al unirlos todos se forma el autoconcepto global, el cual pasa a formar parte del individuo en totalidad. Explicar los principales elementos que componen al autoconcepto es imprescindible, desde la formación, cualidades e influjo que cada uno ejerce en el sujeto, los cuales son:

- Autoconcepto físico
- Autoconcepto académico
- Autoconcepto social

A. Autoconcepto físico

Cox (2008) señala que el autoconcepto físico, es la opinión, sensación y percepción que una persona tiene de sí misma en relación al físico propio, el mismo está relacionado con los hábitos alimenticios y con la práctica o no de ejercicios físicos. Cada individuo desarrolla una

idea sobre la imagen corporal, la cual puede diferir de lo que otras personas tienen sobre él. El valor que el individuo da al estado físico se relaciona con los sentimientos que experimenta consigo mismo, por ende con la motivación y aspiración a mejorar o no la apariencia de acuerdo a como se sienta el individuo.

Abarca otros aspectos tales como: la coordinación motora (capacidad para controlar el propio cuerpo y a la realización de movimientos precisos), salud, (bienestar, las personas sanas demuestran una mayor satisfacción), actividad física, fuerza, competencia deportiva y flexibilidad del cuerpo, como elementos que modifican el autoconcepto. Si se es competente para realizar actividades que requieran un esfuerzo físico, el sujeto se muestra con más confianza al respecto. Por último la apariencia externa, la cual se asocia con los rasgos faciales y corporales, así como también con la ropa, manera de caminar, entre otros. Además la variabilidad depende de distintos factores entre ellos la edad y el sexo. De esta forma será fácil descifrar que un niño o adolescente se percibirá de diferente forma a como una persona ya en edad adulta lo hace.

Ramos (2008) indica que el ejercicio físico provoca cambios en el autoconcepto. Las personas que se ejercitan con regularidad se perciben mejor a sí mismas con respecto a la imagen corporal que las personas que no lo hacen, además el simple hecho de realizarlos mejora la autoestima, aunque físicamente no se tenga una figura adecuada. Cuando la persona llega a desarrollar una adicción a los ejercicios se puede pensar en una sensación de malestar hacia el propio cuerpo que le lleva a afanarse por mejorar la figura corporal debido a un estado de insatisfacción constante. Además la sociedad actual ejerce un papel importante en el autoconcepto físico del individuo. Se presta demasiada importancia a la imagen corporal de las personas, lo cual provoca que cada uno se fije mayormente en la figura externa, por lo cual aquellos que tienen una figura delgada y esbelta suelen percibirse como mejores que las que tienen sobrepeso.

Para explicarlo, concretamente; el autoconcepto físico, se forma de acuerdo a como la persona se siente con el cuerpo propio y sobre los cuidados que le da, algunas se preocupan más que otras sobre la forma en que se ven exteriormente.

B. Autoconcepto académico

Colonna (2005) menciona que el autoconcepto influye en el rendimiento escolar, cuando es bajo es posible que el sujeto muestre deficiencias en el desempeño escolar, por ello considera que el autoconcepto es un dominio decisivo en ese ámbito. Es importante destacar que fomentar y fortalecer el mismo en los alumnos es de vital importancia. Cuando el individuo presenta baja autoestima, el rendimiento que muestre puede no ser el adecuado, aunque tenga las habilidades y este dotado de capacidades normales o superiores.

Maldonado (2006) destaca que si se tiene éxito académico se fortalece la percepción del alumno en el ámbito educativo y por ende el autoconcepto académico será positivo, lo cual sirve como guía personal para el sujeto en las actitudes que tomará en el establecimiento en donde estudia.

Los sentimientos de fracaso producen un efecto negativo en la valoración e imagen que el alumno empieza a crear sobre el propio rendimiento y adaptación al colegio, el no poder realizar determinada tarea genera un sentimiento de impotencia que debilita el autoconcepto, es importante analizar los efectos que los logros y deficiencias crean en el yo o self del ser humano dentro de lo académico.

Ramos (2008) establece que el individuo valora los logros obtenidos por el mismo a partir de las comparaciones que realiza entre los compañeros de grado y él, aunque cuando se es niño y se recibe una educación primaria las valoraciones que se hacen suelen ser indistintas. Ocurre en un momento en el que el sujeto no tiene aún desarrolladas las capacidades cognitivas de manera completa, y por ello las conclusiones a las que llega no están fundamentadas en un razonamiento aceptable, aunque ya haya influido en la percepción sobre las propias habilidades, porque el interés por saber lo que los otros opinen se hace necesario en la vida del sujeto.

Hay una correlación de causalidad entre rendimiento escolar y autoconcepto académico que no puede ser separado. El rendimiento es la causa del autoconcepto académico, porque si se tiene éxito o fracaso este ejerce un cambio y a la inversa, si el autoconcepto académico es positivo,

el sujeto tendrá un mayor rendimiento escolar el cual provoca más logros, ese rendimiento lo experimenta como un indicador sobre las capacidades propias. La relación recíproca entre las dos variables hace que ambas se determinen mutuamente. A parte de ello, existen otros elementos que afectan al autoconcepto académico que pueden ser de tipo personal, ambiental y social.

C. Autoconcepto social

Navas (2010) apunta que el autoconcepto social es la imagen que una persona tiene de sí misma en relación al desempeño que tiene dentro del ámbito social y a la forma en como interactúa con los demás; está relacionada con el autoconcepto académico, puesto que las personas que no poseen un autoconcepto positivo en lo académico tienden a compensarlo con un buen nivel de habilidades sociales, porque el individuo contrapesa esa deficiencia.

Al igual que ocurre con el autoconcepto académico, este elemento se desarrolla a partir de las habilidades interpersonales. El niño o adolescente que es aceptado dentro del círculo social en el que se maneja se otorga mayor valor. La integración sucede cuando ante los demás se muestra como una persona interesante a partir de cualidades personales como: estatus social, capacidades intelectuales, situación económica, imagen corporal, rasgos de personalidad como la simpatía, liderazgo, amabilidad, elocuencia, seguridad, entre otros. Cuando la persona tiene dificultades para relacionarse, el autoconcepto social disminuye y empeora cada vez más la situación, lo cual provoca un pobre autoconcepto en esta área.

Velásquez (2006) menciona que el autoconcepto social se fortalece o debilita de acuerdo a las formas de interacción. El factor socializador que determina la facilidad o dificultad que un individuo tiene al relacionarse es la familia, ésta es un ente fundamental y principal en el desarrollo del niño a nivel social; el rol de la misma es el de un modelo que enseña al sujeto a cómo comportarse dentro de un entorno social, de esa manera es como se adquieren las habilidades para relacionarse con los demás.

El proceso de socialización implica el área cognitiva, afectiva y conductual. Lo cognitivo se refiere al conocimiento de los procesos sociales y lo que ello implica, pues es necesario

conocer la forma en que la sociedad se mueve y actúa. El área afectiva se enfoca en la forma en que el individuo asimila y se adapta al ambiente social, y ello se determina desde como el bebé siente el apoyo materno principalmente. La cercanía o alejamiento de la madre es un factor que determina el grado de bienestar social o de interacción. Ahora el factor conductual es el manejo de conocimiento acerca de los valores, costumbres, normas y hábitos que el individuo tiene con respecto a los demás y acerca de cómo se conduce él mismo.

De tal manera es como el individuo adquiere un autoconcepto social, en base a la forma en que interactúa con los demás y de las respuestas que obtiene de ese proceso de interacción social, además la manera en que lo hace, se encuentra arraigado en las primeras relaciones interpersonales, principalmente con la madre, y posteriormente con el padre, hermanos, maestros, amigos, entre otras personas cercanas.

1.2.6 Autoconcepto y personalidad

Es importante establecer la relación existente entre autoconcepto y personalidad. Si bien es cierto el autoconcepto se refiere a la opinión, imagen y valoración que el sujeto se otorga a sí mismo, cabe hacer mención que es un elemento dinámico y flexible del ser humano que se forma a partir de los primeros años de vida y se modifica a lo largo de la misma, se verá que esta forma parte de la personalidad. Es preciso empezar por definir el significado de la palabra personalidad.

Pueyo (2007) dice que la personalidad es un término científico y es el conjunto de distintos atributos y cualidades de una persona, integra no solo lo que piensa de sí misma, lo cual se refiere al autoconcepto, he aquí la diferencia; éste tan solo se constituye como un elemento más. La personalidad se forma en base a las características intelectuales (memoria, razonamiento, comprensión), los procesos conativos (intereses, motivaciones y voluntad), las cualidades afectivas (valor, temor, amor), los factores biofísicos (cualidades biológicas y físicas). Una persona puede no darse cuenta de las cualidades que posee por sentirse desvalorizada aunque otros opinen que tiene una personalidad admirable.

Según Bermúdez, Pérez, Ruiz, Sanjuán y Rueda (2004) el autoconcepto es un elemento que determina e influye en gran parte de la personalidad. Se constituye como un factor no estático, debido a los cambios constantes que provocan las experiencias. Los autores citan a la vez a Freud quien propone que la personalidad se forma en gran parte alrededor de los seis años pero que sufre modificaciones a través de los años.

Redondo, Galdó y García (2008) expresan que el autoconcepto en la personalidad es de importancia capital en la formación y valoración de la persona, hay que recordar que el autoconcepto está formado por diferentes elementos que son parte inherente de la persona y otros que dependen de los demás. Cuando actúan conjuntamente ejercen una influencia marcada en la personalidad, por ende en el yo y comportamiento del sujeto.

1.2.7 Desarrollo del autoconcepto en el niño

El niño con un buen autoconcepto es capaz de expresarse con mayor naturalidad ante la mayoría de situaciones que se presentan en la vida, desarrolla una idea propia sobre sí mismo, desde el nacimiento y a lo largo de los años. El surgimiento del autoconcepto ocurre cuando el niño comienza a tener conciencia sobre la individualidad como persona. Aunque la manera en que se describe a sí mismo varía con el tiempo; los primeros años son de suma importancia.

Una de las razones de la variabilidad del autoconcepto entre un niño y otro se encuentra en la manera en que los padres educan a los hijos, cabe decir que no todos lo hacen de la misma manera, hay quienes son arbitrarios, sobreprotectores, permisivos, comunicadores y democráticos.

Murillo (2007) refiere que el autoconcepto en los infantes se ve influenciado por la sociedad, a partir de las interacciones. El primer factor que participa en el progreso del mismo, es la familia, principalmente los padres porque estos son los más cercanos y los que brindan una mayor aproximación afectiva, un aspecto necesario para la autoestima del niño y por consiguiente de la formación positiva del autoconcepto.

Los propios logros hacen que el niño gane confianza, motivación e involucramiento en actividades que suponen un reto, todo ello fortalece la percepción del niño con respecto a sí mismo, esto lo alcanza principalmente en el ámbito educativo, porque es ahí en donde los niños ponen a prueba las capacidades personales. Es necesario integrar también los factores innatos del individuo. Hay niños que poseen características genéticas que le llevan a una mayor o menor vulnerabilidad o sensibilidad ante los estímulos, o en palabras más coloquiales ante las palabras y experiencias que recibe y obtiene del entorno.

1.2.8 Tipos de padres y autoconcepto

De acuerdo a como los niños son tratados y educados por los padres, el desarrollo psicológico y social, así como el autoconcepto en general se verá afectado de alguna manera. La influencia de los mismos se extiende y abarca cuatro aspectos fundamentales en las formas de interacción padre-hijo, los cuales son: sistemas de comunicación, grado de control, el plano afectivo y la exigencia de madurez; cada elemento se halla en cada uno de los padres y se transmiten ya sea de forma consciente o inconsciente a los hijos, pues si bien es cierto los padres no siempre saben cómo educarlos y lo hacen de acuerdo a como los educaron a ellos, sin que necesariamente sea la forma adecuada de hacerlo.

Vásquez (2006) destaca los diferentes tipos de disciplina que los padres dan a los hijos; el primero es de índole autoritaria en el que los padres tienen la última palabra y no ceden ante nada de lo que el niño quiere porque consideran que la autoridad la tienen ellos y no los hijos, la conducta de estos, es arbitraria, castigan, imponen, exigen y niegan el diálogo como fuente de expresión de necesidades físicas y afectivas, los niños con estos padres suelen ser tímidos, temerosos, autocríticos, cerrados, se aíslan y desarrollan un pobre y negativo autoconcepto.

Los padres permisivos o con una actitud de sobreprotección, no permiten que el niño realice ninguna actividad que requiera un esfuerzo, son incapaces de imponer normas y exigir nada aunque de forma mínima al niño, son descuidados y consienten demasiado, las consecuencias de esa conducta no permiten que el infante desarrolle autoconfianza, en todo momento necesitarán la ayuda de los demás, no se sienten capaces de lograr las cosas solos, esto también lleva a un autoconcepto personal negativo. Aunque las habilidades sociales se ven

compensadas en muchos casos y por ende el autoconcepto social, eso no siempre es así, hay niños sobreprotegidos que no se sienten seguros ni capaces de relacionarse con otros.

Otro tipo de padres, son aquellos que tienen una actitud de deserción, estos no se preocupan por el bienestar del niño, simplemente son padres ausentes que no imponen ni se oponen a las normas, no se interesan por lo que el niño pueda necesitar, tienen poco contacto con él; esa actitud por parte de los padres es el desencadenante de una mala evolución del autoconcepto en el niño, el individuo crece con la idea de que no importa y que nada de lo que haga vale la pena, cuando tiene que interactuar con los demás puede encontrarse con dificultades o como sucede con los niños sobreprotegidos, compensan esa falta de atención y afecto con las habilidades sociales como un signo de aprobación.

El último y más aceptable modelo de disciplina es el de los padres democráticos, ellos fomentan la autonomía y amor propio a los hijos, les tratan con firmeza, pero no con violencia o arbitrariedad, son considerados y espontáneos, no tienen miedo de que el niño se vuelva contra ellos o dependa en demasía, son asertivos, esto lleva a un niño a desarrollar un autoconcepto positivo, tanto personal como familiar, porque crece con la idea de que es capaz de realizar diferentes tareas, y a la vez reconoce los límites que implica el ser humano y persona. Además entra al ámbito educativo y social con mayor confianza.

La familia es el principal agente que está implicado en el autoconcepto del niño, porque constituye el lazo afectivo y cognitivo que permite un buen desarrollo conductual del individuo. Además la educación que los padres dan a los hijos es imprescindible en la formación del autoconcepto y personalidad de estos últimos. Se hace imprescindible entonces la educación asertiva en el hogar, porque el mismo es un ente formador del niño como persona en toda la dimensión de la palabra: en el autoconcepto, personalidad y autorrealización.

1.2.9 Influencia escolar y autoconcepto

Sadurní et al. (2008) afirman que la habilidad de efectuar comparaciones sociales ocurre en el ámbito escolar, es en ese momento en donde el niño aprende a utilizar a los otros para determinarse a sí mismo, los demás le sirven como una especie de espejo para adaptar los

atributos individuales al yo. Como consecuencia de esas constantes comparaciones el niño interioriza una imagen propia.

La habilidad para distinguirse uno del otro, afecta a los niños más vulnerables que vienen de familias que otorgan demasiada importancia a las críticas, esos individuos pueden verse afectados en lo que se refiere a la autoestima y a las habilidades para relacionarse con otros. Además las autoevaluaciones negativas se configuran como rasgos estables que se vuelven difíciles de desconfirmar.

Cuando el niño se preocupa por el físico, los padres no suelen darle importancia y consideran que dicho malestar es un elemento pueril, creen que ello es solo asunto de jóvenes y adultos, por ello es importante que los padres averigüen si el niño o niña muestra algún tipo de insatisfacción para con el cuerpo, es verdad que esas preocupaciones tampoco llegan a compararse con las que se producen durante la adolescencia, ello puede ser un inicio temprano de un problema mayor.

Los niños con algún defecto físico suelen ser la burla de los demás debido a la constitución física que tienen, algo que afecta directamente a la autoestima. Los compañeros de escuela son parte importante en la vida del niño, ello lleva al sujeto a sentimientos de rechazo y aislamiento; los comentarios negativos provocan un desequilibrio en el autoconcepto que no solo le afecta durante la etapa escolar sino también en la adultez.

Sartori (2004) apunta que la escuela, junto con la familia conforma dos principales dimensiones que afectan al autoconcepto del niño. El clima escolar se relaciona con la comodidad que el niño siente con respecto a sí mismo y demás compañeros. El establecimiento educativo también constituye un ente socializador, en donde al niño le corresponde relacionarse con los demás de forma constante. Por ello cabe destacar que el ámbito educativo se constituye como sitio privilegiado de aprendizajes distintos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada persona se forma una opinión que puede ser positiva o negativa sobre sí misma, algo que se denomina autoconcepto, el cual se arraiga desde épocas tempranas de la niñez, a partir de los procesos interactivos que se condensan como resultado de las experiencias individuales y sociales; el autoconcepto valora las áreas cognitivo, afectivo y conductual como tres dimensiones esenciales que el individuo expresa a nivel social, intelectual y físico.

Se ha percibido que los factores culturales y estereotipos sociales modernos se enfocan y dan mucha importancia al aspecto físico, un ejemplo de esto se observa cuando personas con complexión física delgada son más valoradas que aquellas que poseen complexión robusta, los medios publicitarios de comunicación han sido una herramienta para divulgar la aceptación o no aceptación de las personas de acuerdo al aspecto físico que poseen, esta situación podría afectar a niños pues se considera una población vulnerable ante la información que se difunde.

Uno de los problemas relacionados al área física que preocupa en la actualidad a la OMS, es la prevalencia cada vez mayor del sobrepeso infantil, este se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Cuando un niño se excede del peso ideal no solo corre el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad sino también puede presentar problemas de salud física y conflictos psicológicos que podrían interferir en la concepción del autoconcepto.

Por tanto la presente investigación tiene como objetivo conocer la relación existente entre el sobrepeso y autoconcepto en los niños que residen en la ciudad de Quetzaltenango, en donde se ha observado el incremento de hábitos alimenticios y conductuales poco saludables en las familias y esto podría derivar en una condición de sobrepeso en los niños, especialmente en aquellos que se encuentran en un rango de edad de 7 a 11 años. Debido a esta problemática se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre el sobrepeso y autoconcepto en los niños?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el sobrepeso y el autoconcepto en los niños.

2.1.2 Objetivos específicos

Establecer el nivel de autoconcepto que manifiestan los niños con sobrepeso.

Analizar las áreas del autoconcepto en los niños con sobrepeso.

Proponer un plan de intervención para fortalecer el autoconcepto de los niños con sobrepeso.

2.2 Variables de Estudio

Sobrepeso

Autoconcepto

2.3 Definición de variables

2.3.1 Definición conceptual

Sobrepeso

Heyward (2008) define que el sobrepeso infantil aparece cuando el niño tiene el Índice de Masa Corporal (IMC) entre 27 y 29,9 kilogramos/metros ², los estándares para establecer el peso ideal en las personas se basa en la edad, peso y talla del individuo. Heyward cita a la OMS, y explica que para esta organización el sobrepeso representa una nueva preocupación alarmante y aunque no es transmisible como otras, sí es crónica, porque los niños con sobrepeso lo continúan en la edad adulta, además el número de casos crece cada día debido a las industrias alimenticias y restaurantes de comida rápida que se encuentran ubicadas generalmente en las ciudades urbanizadas.

Autoconcepto

Coon (2009) define autoconcepto como la percepción personal de los rasgos de personalidad característicos en cada persona, de la misma manera se toma en consideración aspectos como las creencias, ideas y sentimientos respecto a la identidad de cada uno. Una de las principales

premisas es la conciencia sobre uno mismo, lo cual permite que el individuo se diferencie de otros, de esta manera se toma en cuenta la autoconciencia, esa necesidad del sentido del yo como un ser independiente, con identidad propia es un reflejo de la capacidad para reconocerse a sí mismo, algo que se denomina auto reconocimiento.

2.3.2 Definición Operacional

Las variable autoconcepto se midió a través de la prueba EPAI-95 la cual es una escala utilizada para la medición del autoconcepto infantil, en ella se evalúa la percepción global que el niño tiene de sí mismo, en relación a las diferentes áreas como lo social, escolar, emocional, familiar y física. Así mismo se utilizó una escala de tipo Likert para complementar la recolección de datos y determinar el nivel de autoconcepto en las diferentes áreas (Física, social y académica). La variable sobrepeso fue medido con la ayuda de una báscula y flexómetro, para obtener la talla y peso exacto de los sujetos de estudio para determinar el IMC, con la fórmula siguiente: $IMC = \text{peso corporal en Kg} / \text{Altura en Metro}^2$.

2.4 Alcances y límites

Con la investigación se pretendió indicar el autoconcepto global de los niños varones con sobrepeso comprendidos entre las edades de 7 a 11 años de la escuela pública Vicente R. Sánchez, ubicada en el barrio el Calvario de la ciudad de Quetzaltenango, en base a la prueba psicométrica EPAI-95 y una escala de tipo Likert, para después establecer datos estadísticos que describen cuantitativamente la condición psicológica actual de los mismos.

2.5 Aporte

Un aporte tanto para padres de familia y educadores de la escuela pública Vicente R. Sánchez, de la ciudad de Quetzaltenango puesto que es importante indicar el nivel de autoconcepto que los niños con sobrepeso manejan; esa noción es de utilidad para el perfecto desarrollo del infante mediante la prevención o tratamiento de problemas psicológicos posteriores o presentes que puedan tener relación con el sobrepeso. Al permitir identificar las áreas más afectadas en el autoconcepto, se podrán tomar medias en el asunto.

Para futuras investigaciones, servirá como referencia para estudios similares, debido a que los niños con sobrepeso son una población que crece cada vez más, de la misma manera en que la sociedad se vuelve exigente día a día, en lo referente al aspecto físico. Además ello permitirá que las personas que tengan acceso a esta información tomen conciencia sobre las consecuencias que los estereotipos sociales ejercen sobre el autoconcepto del niño con sobrepeso.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Los sujetos de estudio fueron 47 niños de sexo masculino de 7 a 11 años, de primero a sexto primaria, de cualquier creencia religiosa o grupo étnico, de la escuela pública Vicente R. Sánchez ubicada en el Barrio el Calvario de la ciudad de Quetzaltenango, Quetzaltenango.

3.2 Instrumentos

El instrumento utilizado para el registro de datos es la escala de percepción del autoconcepto infantil EPAI-95, la cual ha sido elaborada por Aurelio Villa Sánchez y Elena Auzmendi Escribano, los autores la proponen como una medida de fácil aplicación y corrección. Puede aplicarse de dos formas, individual y colectiva.

La escala EPAI-95 consta de 34 ítems, cada uno de los cuales consiste en un dibujo en el que hay un grupo de niños o de niñas, en una situación determinada. Mide además del constructo general autoconcepto, diez aspectos constitutivos de la autoestima en los niños, elementos importantes en el periodo infantil.

- Autonomía, sentimiento de independencia.
- Seguridad, confianza en uno mismo en la realización de tareas.
- Deportes, valía en la competición.
- Familia, cómo se siente en relación con la familia.
- Aula, el niño en el mundo escolar, que hace poco ha comenzado.
- Social, relaciones sociales del niño.
- Sentimientos afectivos, cómo se siente generalmente.
- Auto valía, sentido de competencia propia.
- Aspecto físico, apariencia física
- Sentimiento de posesión, de objetos, de amigos.

También se utilizó la escala de tipo Likert, una escala psicométrica denominada así por Rensis Likert, de uso más amplio en encuestas para la investigación. Al responder a una pregunta de

un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración.

Para la obtención del peso corporal se utilizó una báscula la cual es un aparato que sirve para pesar; esto es, para determinar el peso o la masa de los cuerpos (básculas con contrapeso).

La altura se obtuvo con la ayuda de un flexómetro o cinta métrica, este es un instrumento de medida longitudinal que consiste en una cinta flexible graduada y se puede enrollar. La primera cinta métrica fue patentada por Alvin J. Fellows en 1868. Se mantuvo como herramienta de medición dominante en la industria de la construcción, hasta la década de 1940, cuando Stanley Works comenzó a fabricar su propia línea de cintas de medir de acero.

3.3 Procedimiento

La presente investigación se realizó de la siguiente manera:

- Propuesta de temas que representan un problema actual mediante la elaboración de sumarios.
- Elección y aprobación del tema a investigar.
- Redacción de Antecedentes mediante la investigación de estudios o artículos anteriores relacionados al tema.
- Realización del índice del contenido de la investigación
- Construcción del marco teórico mediante la investigación bibliográfica.
- Elaboración del planteamiento del problema, en el que se explica el por qué y para qué de la investigación.
- Elección y descripción del método, en el cual se hace mención sobre los sujetos, instrumentos y metodología estadística a utilizar.
- Redacción de la introducción al tema y del problema.
- Inclusión de referencias

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

La investigación ha tenido un enfoque descriptivo, según Achaerandio (2012) ésta estudia, interpreta y refiere los fenómenos, relaciones, correlaciones, estructuras, variables independientes y dependientes. Abarca todo tipo de recolección científica de datos con el

ordenamiento, tabulación, interpretación y evaluación de estos. La descripción de lo que es, se entiende, en un sentido más completo, que una simple descripción ingenua de los datos que aparecen. Por ello esta investigación se limita a describir el fenómeno y correlacionar las variables de estudio. El diseño consiste en la observación directa para obtener el registro directo y sistemático, confiable y válido de los datos. Para la metodología estadística, obtención y análisis de resultados se utilizó la correlación, la cual indica la fuerza y dirección de la relación lineal y proporcionalidad entre las variables de estudio. Los resultados se obtuvieron bajo las fórmulas de correlación, significación y fiabilidad; a continuación las mismas se muestran según el orden en que fueron utilizadas.

Fórmula de correlación

$$r_{xy} = \frac{\sum f x y - (\sum f x) (\sum f y)}{N \sqrt{\frac{\sum f x^2}{N} - (\frac{\sum f x}{N})^2} \sqrt{\frac{\sum f y^2}{N} - (\frac{\sum f y}{N})^2}}$$

Significación y fiabilidad.

Nivel de confianza: NC= 99% Z= 2.58

Error típico de la correlación

$$\sigma_r = \frac{1-r^2}{\sqrt{N}}$$

Razón crítica

$$RC = \frac{r}{\sigma_r}$$

Error Muestral

$$E = NC * \sigma_r$$

Intervalo de confianza

$$I.C = r \pm E$$

Media aritmética

$$x = \frac{\sum x}{N}$$

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados estadísticos obtenidos a través de la aplicación de la prueba psicométrica EPAI-95, la cual mide el autoconcepto global en niños; y la escala de tipo Likert, utilizada para determinar el autoconcepto físico, académico y social en los mismos. Estos instrumentos fueron administrados a 47 niños, estudiantes de primero a sexto primario, de la escuela pública Vicente R. Sánchez, comprendidos entre las edades de 7 a 11 años. Para la interpretación de los datos se utilizó el método de correlación lineal.

Tabla 1. Resumen de correlación lineal.

		Sobrepeso (X)								fy	fy'	fy' ²	fx'y'	
		17.13-18.12	18.13-19.12	19.13-20.12	20.13-21.12	21.13-22.12	22.13-23.12	23.13-24.12	24.13-25.12				+	-
Autoconcepto (Y)	95-104	1	1	1						3	15	75	0	3
	85-94	1	2							3	16	64	0	3
	75-84	1	1	1						3	9	27	0	3
	65-74	1								1	2	4	0	1
	55-64			3		1	1			5	5	5	2	3
	45-54	1	1	2	2		1			7	0	0	0	0
	35-44			1		3	2			6	-6	6	1	5
	25-34	1		2		2				5	-10	20	3	2
	15-24		1	2	2	3	1			9	-27	81	3	4
	5-14			1	1	1	1		1	5	-20	80	1	3
	fx	6	6	13	5	10	6	0	1	47	-16	12	10	27
fx'	-24	-12	-13	0	10	12	0	4	-23			-17		
fx' ²	72	24	13	0	10	24	0	16	59	$\frac{\sum fx'y'}{N}$		-0.61		

Fuente: Trabajo de campo

Fórmula:

$$r_{xy} = \frac{\sum f x y - \left(\frac{\sum f x}{N} \right) \left(\frac{\sum f y}{N} \right)}{\sqrt{\left(\frac{\sum f x^2}{N} - \left(\frac{\sum f x}{N} \right)^2 \right) \left(\frac{\sum f y^2}{N} - \left(\frac{\sum f y}{N} \right)^2 \right)}}$$

Aplicación

$$r_{xy} = \frac{0.36 - \left(\frac{-0.49}{N} \right) \left(\frac{-0.34}{N} \right)}{\sqrt{\left(\frac{1.26}{N} - \left(\frac{-0.49}{N} \right)^2 \right) \left(\frac{0.26}{N} - \left(\frac{-0.12}{N} \right)^2 \right)}} = -0.61 \text{ Correlación negativa moderada}$$

Cuadro 1. Resumen de correlación y variables

No.	r	N.C	σ_r	R.C	Significancia	E	Intervalo de confianza	Fiabilidad
47	-0.61	2.58	0.09	6.77	Sí	0.23	0.38-0.84	Si es fiable

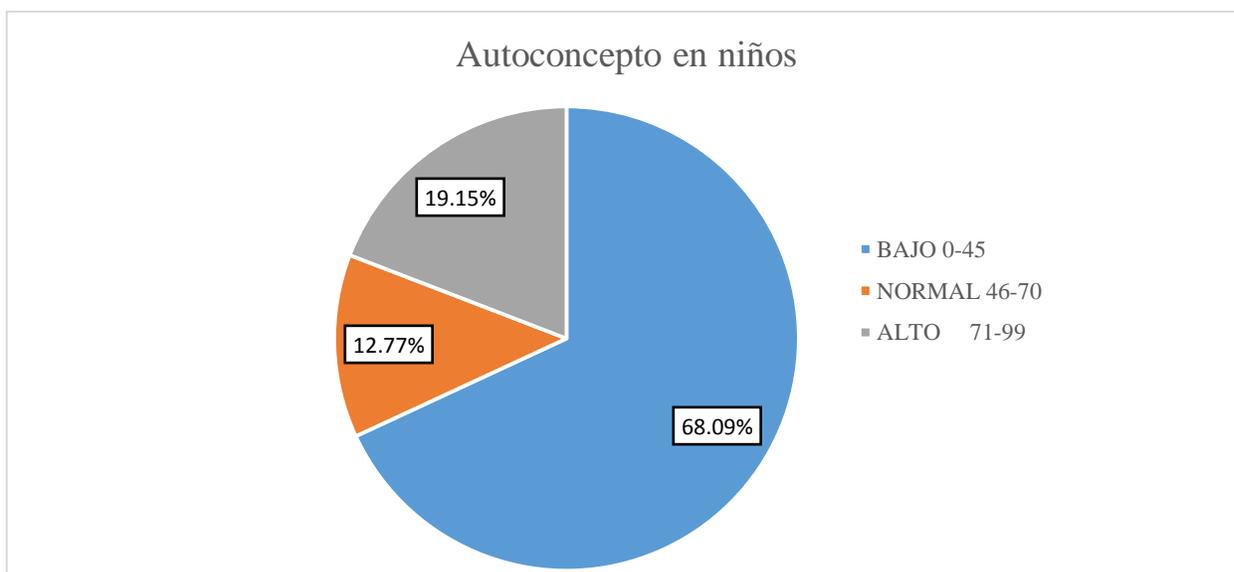
Fuente: Trabajo de campo

De acuerdo a Lima (2014) los resultados obtenidos indican que el coeficiente de correlación -0.61 es negativo moderado cuya significancia y fiabilidad es alta. Esto evidencia la relación que existe entre el sobrepeso y el autoconcepto de los niños, es decir que entre más alto sea el peso corporal de los niños menor será el autoconcepto puesto que los sujetos evaluados demostraron un autoconcepto bajo en relación al sobrepeso. Con ello se logró alcanzar el objetivo principal de determinar la relación que existe entre las dos variables de estudio.

Medición del autoconcepto.

Gráfica 1. Autoconcepto global en niños

El autoconcepto global de los niños con sobrepeso se obtuvo a través de la escala EPAI-95. En base a la prueba se produjeron los resultados que se muestran en la siguiente gráfica.



Fuente: Trabajo de campo.

En ella se aprecia el porcentaje de niños que mostraron un autoconcepto bajo, medio y alto. El nivel bajo corresponde a una calificación percentil que oscila entre 0 a 45, en el cual se puede observar que hay un predominio porcentual del 68.09%. El nivel medio está comprendido en una puntuación percentil de 46 a 70, en donde hay un 12.77% de niños que puntuaron entre este rango. Por último el nivel alto corresponde a los percentiles 71 a 99 con una tendencia del 19.15% en los sujetos evaluados. Con ello se alcanza el objetivo de establecer el nivel de autoconcepto en los niños con sobrepeso.

Tabla 2. Resultados de las áreas: Física, académica y social.

Para la medición del autoconcepto físico, social y académico se utilizó la escala de tipo Likert. A continuación se presentan las tablas en donde se muestran los resultados obtenidos por cada una sujeto de estudio en relación a cada una de las áreas.

Autoconcepto Físico				
Intervalos	f	fa	xm	F*XM
6_7	4	4	6.5	26
8_9	10	14	8.5	85
10_11	16	30	10.5	168
12_13	2	32	12.5	25
14-15	6	38	14.5	87
16-17	7	45	16.5	115.5
18-19	2	47	18.5	37
				543.5
				11.7

Autoconcepto Académico				
Intervalos	f	fa	xm	F*XM
8_9	6	6	8.5	51
10_11	17	23	10.5	178.5
12_13	2	25	12.5	25
14-15	12	37	14.5	174
16-17	8	45	16.5	132
18-19	2	47	18.5	37
				597.5
				12.7

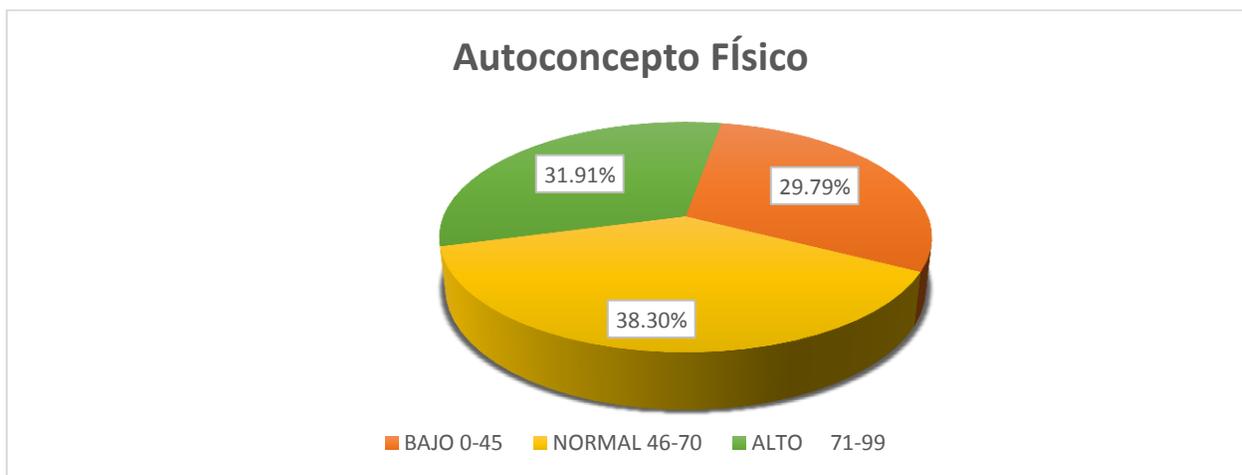
Autoconcepto Social				
Intervalos	f	fa	xm	F*XM
5_6	2	2	5.5	11
7_8	6	8	7.5	45
9_10	13	21	9.5	123.5
11_12	14	35	11.5	161
13-14	1	36	13.5	13.5
15-16	5	41	15.5	77.5
17-18	3	44	17.5	52.5
19-20	3	47	19.5	58.5
				542.5
				11.5

Fuente: Trabajo de campo.

Los resultados indican las medidas de tendencia central en la que la puntuación promedio de los sujetos es del 11.7 de un total de 20, en el autoconcepto físico, lo cual representa el 59%. En el aspecto académico y social se tiene una media de 12.7, representado por el 64% y 11.5 significa un 58% respectivamente, puntuaciones que se sitúan dentro del rango 46-70 el cual es considerado normal.

A continuación se presentan los gráficos de resultados en cada una de las áreas evaluadas.

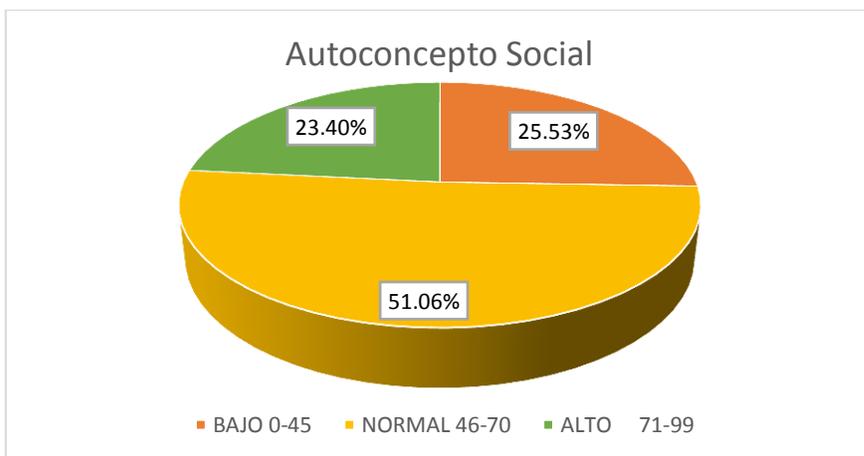
Gráfica 2. Autoconcepto Físico



Fuente: Trabajo de campo.

En esta grafica se observa que hay un 29.79% que puntuaron en los percentiles de 0-45, el cual indica un autoconcepto bajo. En los percentiles 46 a 70 existe un 4.26% de niños que se encuentran dentro del rango normal. Los sujetos que puntuaron entre los percentiles 71 a 99 denotan un autoconcepto físico alto con un 31.91%.

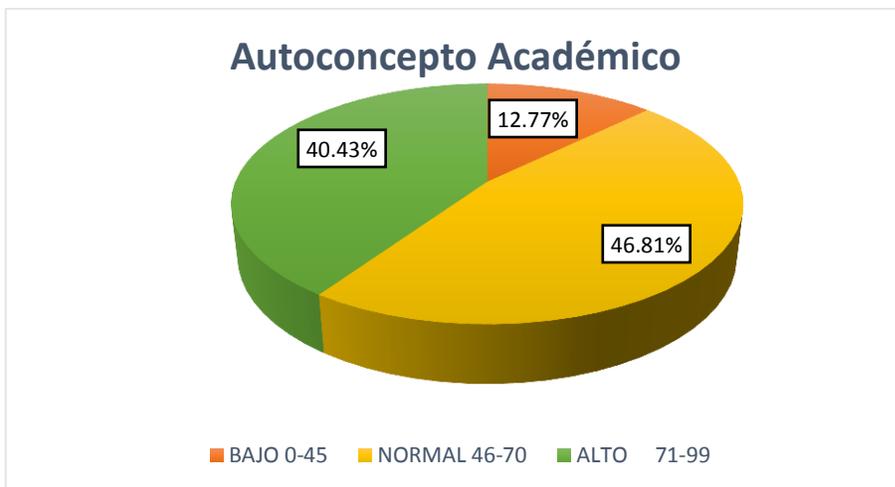
Gráfica 3. Autoconcepto social



Fuente: Trabajo de campo.

En esta gráfica se observan los porcentajes del autoconcepto social. En donde los percentiles de 0 a 45 indican un autoconcepto bajo. Los percentiles 46-70 señalan un autoconcepto medio y los percentiles 71 a 99 se refieren a un nivel alto.

Gráfica 4. Autoconcepto académico



Fuente: Trabajo de campo.

Los porcentajes que corresponden al autoconcepto académico se establecen de la misma manera que los anteriores en donde los percentiles 0 a 45 indican un nivel bajo. Las puntuaciones en 46 a 70 expresan un nivel medio. El nivel alto se encuentra entre los percentiles 71 a 99.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Coon (2009) describe autoconcepto como la percepción individual de los rasgos de personalidad característicos en cada persona, se toma en consideración aspectos como las creencias, ideas y sentimientos. Una de las principales premisas es la conciencia sobre uno mismo, lo cual permite que el individuo se diferencie de otros, de esta manera se toma en cuenta la autoconciencia, esa necesidad del sentido del yo como un ser independiente con identidad propia.

De acuerdo a ello se evidencia la importancia que tiene desarrollar un autoconcepto positivo. Sin embargo los resultados obtenidos a través de la escala EPAI-95 indican que la mayoría de los sujetos de estudio 68.09% demostraron tener un nivel bajo de autoconcepto contra el 19.15% que obtuvieron una puntuación alta. Además de que los que se encuentran dentro del rango normal son relativamente pocos con un 12.77%. Lo cual se relaciona aunque no en totalidad con el sobrepeso ya que el análisis de datos indica que hay una codependencia entre las dos variables de estudio.

Según Sadurní et al. (2008) los niños con sobrepeso desarrollan un autoconcepto pobre y negativo con respecto a la imagen corporal y social, porque se visualizan como personas inferiores a los demás y ello les lleva a un sentimiento de inferioridad que cargan hasta la adultez. Estos niños manifiestan una conducta retraída y se aíslan de los demás, porque temen ser la burla de otros, aunque generalmente lo son.

Es común que los niños con sobrepeso se definan como personas feas y piensen que deberían estar delgadas. Esa idea de tener un peso mayor al que deberían tener o de que las personas esbeltas se ven mejor, lleva al niño a desplegar una opinión errada acerca de sí mismo, se subestiman y supra valoran las características de los demás.

Con el análisis de datos estadísticos se corrobora lo que estos autores han dicho pues es notable que existe una relación negativa moderada de -0.61 entre el sobrepeso y el autoconcepto, es decir que entre mayor es el peso, menor es el autoconcepto ya que los niños

que apenas sobrepasan el IMC normal, demostraron poseer un autoconcepto que oscila entre bajo, normal y alto. Pero ninguno de los sujetos evaluados con un peso que sobrepasa en gran medida lo normal, obtuvo una puntuación en los percentiles que corresponde al nivel alto.

Por otro lado al hacer un desglose y evaluar las tres áreas que forman parte del autoconcepto, se logró determinar el nivel que los niños poseen con respecto a cada una de ellos.

Sadurní et al. (2008) asume que el sobrepeso afecta al autoconcepto físico porque el niño no se siente cómodo por la forma en que se ve y siente por las dificultades que encuentra para realizar movimientos corporales. Al igual que otros niños, deben efectuar actividades que están ligadas con la destreza motora, física y flexibilidad del cuerpo, así como también con la resistencia respiratoria, algo que a ellos se les complica.

El sobrepeso no afecta a todos los niños por igual, así se demuestra con los resultados obtenidos a través de la escala de tipo de Likert con la cual se evaluaron tres áreas específicas. Una de ellas la física en donde un 38.30% de la población total se comprueba que los sujetos de estudio de esta investigación no se rechazan totalmente en lo que se refiere al físico. Por fortuna existe un 31.9% que se encuentra dentro del nivel alto y tan solo el 29.79 se halla en el rango bajo.

Así mismo a través de la escala se evaluó el autoconcepto académico, con 5 ítems dispuestos al azar dentro de la misma. Los resultados son alentadores pues revelan una tendencia del 46.81% dentro del rango normal. Además fueron varios los niños que puntuaron con un nivel alto, ya que se obtuvo un 40.43%. El análisis demuestra que son pocos los sujetos que se encuentran dentro del nivel bajo con tan solo 12.77%. Los resultados indican que esta es el área menos afectada.

Colonna (2005) menciona que el autoconcepto influye en el rendimiento escolar, cuando es bajo es posible que el sujeto muestre deficiencias en el desempeño escolar, por ello considera que el autoconcepto es un dominio decisivo en ese ámbito. Cuando el individuo presenta baja

autoestima, el rendimiento que muestre puede no ser el adecuado, aunque tenga las habilidades y este dotado de capacidades normales o superiores.

Ramos (2008) expresa que hay una correlación de causalidad entre rendimiento escolar y autoconcepto académico que no puede ser separado. El rendimiento es la causa del autoconcepto académico, porque si se tiene éxito o fracaso este ejerce un cambio y a la inversa, si el autoconcepto académico es positivo, el sujeto tendrá un mayor rendimiento escolar el cual provoca más logros, ese rendimiento lo experimenta como un indicador sobre las capacidades propias. La relación recíproca entre las dos variables hace que ambas se determinen mutuamente.

A parte de ello, existen otros elementos que afectan al autoconcepto académico que pueden ser de tipo personal, ambiental y social, este último también ha sido analizado en base a la escala de tipo Likert, en donde las puntuaciones son similares a las anteriores, en este caso la tendencia es similar al académico, en las grafica que corresponde al autoconcepto social se puede apreciar que el 51.06% posee un nivel medio, lo cual es bueno aunque lo ideal sería una puntuación mayor en el nivel alto, ya que en este se obtuvo un 23.4% similar al porcentaje del nivel bajo con un 25.53%

Velásquez (2006) opina que el autoconcepto social se fortalece o debilita de acuerdo a las formas de interacción. El factor socializador que determina la facilidad o dificultad que un individuo tiene al relacionarse es la familia, ésta es un ente fundamental y principal en el desarrollo del niño a nivel social; el rol de la misma es el de un modelo que enseña al sujeto a cómo comportarse dentro de un entorno social.

Por otro lado Kaufer y Pérez (2008) expresan que el sobrepeso lleva al aislamiento lo que explica el empobrecimiento del autoconcepto social que los sujetos de estudio demostraron. Ello no solo implica un bajo nivel en el mismo, sino también un ente generador de problemas más graves como los trastornos psicológicos de índole afectivo o alimentario.

El análisis de resultados indica que el área más afectada es el autoconcepto físico, pues se muestra un mayor porcentaje de niños que puntuaron en un nivel bajo con el 29.79%; comparado con el 25.53% que puntuaron bajo en el área social, y con tan solo el 12.77% en la académica, lo cual señala que esta última es la menos afectada. Ello se debe a que los niños manifestaron inconformidad con el cuerpo propio y valoran más la figura esbelta.

Sin embargo al tomar en cuenta todos los datos se evidencia que cada una de las áreas se encuentra dentro del rango que se considera normal, lo cual es confortante, puesto que en cada una se obtuvieron puntuaciones medias, sin embargo el autoconcepto global es bajo lo cual es preocupante, por ello es necesario realizar un plan de intervención para mejorarlo.

VI. CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba la relación que existe entre el sobrepeso y el autoconcepto ya que a través de la correlación lineal estadística y en base a la fiabilidad y significación se concluye que una variable determina a la otra en forma negativa moderada.
- La puntuación estadística de los niños estudiantes de la escuela pública Vicente R, Sánchez en la prueba EPAI-95 ha señalado que existe un bajo autoconcepto global en los mismos.
- En relación a la evaluación de las diferentes áreas, los datos señalan que la física, es la más afectada ya que se valoran menos debido a la figura corporal que poseen puesto que la mayoría manifestó sentir deseos de tener un cuerpo diferente. Consideran que ser delgado es mejor. Con respecto a lo académico se demostró que es el área menos afectada, lo cual indica que el sobrepeso no incide poderosamente en el ámbito académico y rendimiento escolar. En cambio el ámbito social se ve afectado casi de la misma manera puesto que las puntuaciones fueron lo bastante claras como para afirmar que el autoconcepto social es medio en los niños con sobrepeso, ello se debe al rechazo y burlas que perciben del entorno.
- Los niños con sobrepeso que se ven afectados por esa situación deben ser vistos como personas normales e incluirlos en cualquier tipo de actividad, por ello es necesario elaborar un plan de intervención temprana mediante estrategias estructuradas para fortalecer el mismo en los niños, quienes son una población en proceso de aprendizaje y desarrollo.

VII. RECOMENDACIONES

- Es importante fomentar el amor hacia la propia imagen corporal en los niños para que estos tengan una sana percepción sobre sí mismos, mediante la correcta educación sobre los cuidados físicos que se deben tener, es decir realizar ejercicios constantemente, cumplir con los requerimientos alimenticios, además de un reforzamiento afectivo positivo, frases como “te ves bien” o “eres guapo/a”, siempre caen bien y fortalecen el autoconcepto.
- Como medida de tratamiento y prevención es recomendable que los padres, tutores, y centros educativos fomenten el respeto de un niño hacia otro mediante el ejemplo y empatía para que no se generen ningún tipo de burlas o rechazo hacia una persona con sobrepeso, para no dañar el autoconcepto del niño.
- Si bien es importante cuidar el aspecto físico, tampoco es bueno que la atención se concentre solamente en eso, puesto que se pueden generar conflictos afectivos y alimentarios, por tanto es de suma importancia que las personas adultas que rodean al niño fomenten el buen autoconcepto a través de la valoración de otros aspectos y habilidades propias del mismo. Es recomendable un mayor monitoreo sobre el rendimiento escolar en cada uno de los niños en las aulas escolares, ya que si bien este no está totalmente afectado, si hay un número ciertamente importante que demuestra que los niños con sobrepeso tienen deficiencias en el autoconcepto académico ya sea porque no creen en sí mismos o porque no poseen las destrezas que los niños delgados poseen. Por tanto se hace indispensable realizar un diagnóstico en donde se determinen otras causas que generan problemas académicos.
- El autoconcepto como elemento importante de la personalidad debe ser tratado de forma adecuada, por ello se hace imprescindible elaborar un plan diseñado para mejorar y fortalecer el mismo, como medida de intervención en la salud emocional y psicológica de los niños.

VIII. REFERENCIAS

- Achaerandio, I. (2010). *Iniciación a la práctica de la investigación*. Guatemala: Magna Terra editores.
- Aguado, J. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. México: Por Instituto de investigaciones antropológicas de México.
- Armoza, C. (2007). *Gordito no más: una infancia feliz, naturalmente*. México: Panorama editorial S.A. de C.V.
- Balcarcel, G. y Castañeda, F. (2004). *El Sobrepeso y la obesidad infantil*, informe del Hospital nacional general del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S) recuperado en la página web: <http://medicina.usac.edu.gt/revista/2-2/peso,obesidad>.
- Berganza, B. (2014). *Fomente la autoestima* del periódico digital Nuestro Diario recuperado en <http://digital.nuestrodiario.com>
- Bermúdez, B. Pérez, A. Ruiz, J. Sanjuán, P. y Rueda, B. (2012). *Psicología de la personalidad*. Madrid, España, por Grafa S.A.
- Caruci, J y N. (2005). *Nutrición y salud: Principios prácticos para una vida saludable*. Estados Unidos: Editorial Caribe Inc.
- Colonna (2005). *El déficit de atención con hiperactividad en el aula preescolar*. Intervención de la maestra. Perú: Fondo editorial de la Pontificia Universidad de Perú.
- Coon, D. (200). *Psicología*. México D.F: Editorial médica panamericana.
- Cox, A. (2010). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: implicaciones para la enseñanza en la educación primaria*. España: Editorial club universitario.
- Ferro, M. (2010). *La importancia del autoconcepto*. Artículo web recuperado en <http://www.psicologoescolar.com>
- Gaitán. M. (2009). *Factores que causan el sobrepeso*, Prensa Libre, periódico digital recuperado en <http://www.prensalibre.com>
- Gálvez (2010). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en niños de 7 a 13 años de edad, de la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala*. (Tesis de maestría). Recuperada en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3035.pdf
- Gan. F. y Triginé J. (2006). *Manual de instrumentos de gestión y desarrollo de las personas en las organizaciones*. España. Ediciones Díaz de Santos.

- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Litográfica Ingramex S.A. C.V. de Centeno.
- Gil (2010). *Tratado de nutrición: Nutrición Clínica*. Madrid: Médica panamericana D.L.
- Guisasola, M. (2012). *La dieta holística: Adelgaza con seguridad y éxito comiendo de todo*. Madrid, España: Editada en Clínica, Universidad de Navarra.
- Hernández, G. (2010). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad, y factores de riesgo, en niños de 7-12 años*. (Programa de maestría en salud pública) recuperada en <http://www.bdigital.unal.edu.co/4191/1/guiomarmariahernandezalvarez.2011.pdf>.
- Heyward, V. (2008.) *Evaluación de la aptitud física y prescripción del ejercicio*. Madrid, España: Editorial Médica panamericana S.A.
- Hyman, M. (2006). *Ultra metabolismo: Un plan sencillo para bajar de peso automáticamente*. Bogotá, Colombia: Editorial norma.
- Informe sobre el índice de masa corporal en niños y adolescentes, Organización Mundial de la Salud (2007). Washington: por Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA)
- Kaufner, M y Pérez, A. (2008). *Nutriología médica/ Medical Nutriología*. México. Edición Médica panamericana.
- Maldonado, M. (2006). *"Sé trabajar, me sé ganar": autoconcepto y autoestima del niño y de la niña en dos escuelas rurales*. Bolivia: Editorial Proeib Andes.
- Márquez, S. (2013). *Actividad física y salud*. España. Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Méndez, C. (2013). *Lo que recomienda la Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) para evitar la obesidad infantil*; artículo recuperado en el sitio web <http://elperiodico.com.gt/es/20130715/salud/231070>
- Méndez, E. (2007). *Autoestima en hombres con sobrepeso*, (tesis de licenciatura) recuperada en la página web: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Mendez-Elena.pdf>
- Minelli, E. Y Pagano, R. (2006). *El peso ideal: Las claves para lograrlo y mantenerlo*. España: Editorial Amat, SL.
- Moya, E (2010). *Sobrepeso infantil*, del periódico Prensa Libre, 10- 13.
- Murillo, J. (2007). *Investigación Iberoamericana sobre eficacia escolar*. Bogotá, Colombia: Convenio Andrés bello.

- Navas, L. (2010). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: implicaciones para la enseñanza en la educación primaria*. España: Editorial club universitario.
- Nuestra psicóloga (2009). *¿El maltrato emocional afecta a los niños?*, Nuestro diario, periódico digital recuperado en <http://digital.nuestrodiario.com>
- Ontoria, A. (2006). *Aprendizaje centrado en el alumno: metodología para una escuela abierta*. Madrid, España, por ediciones NARCEA S.A.
- Oropeza, R. (2004). *Adelgace combinando alimentos y grupos sanguíneos*. México: Panorama Editorial, S.A. de C.V.
- Pacay (2012). *¿Soy cómo quiero ser?*, de revista Amiga, del periódico digital Prensa Libre, recuperado en <http://www.revistaamiga.com>
- Páramo, M. (2009). *Adolescencia y psicoterapia: Análisis de significados a través de grupos de discusión*. España. Por la universidad de Salamanca.
- Perea (2004) *Educación para la salud: (reto de nuestro tiempo)*. Madrid, España por Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Petz, (2013). *¡Vos valés mucho!*, de la revista Aula 2.0, artículo recuperado en http://www.aula2pl.com/entre_cuates/2015-02-18/mejores-amigas/
- Pierce, B. (2009). *Genética: Un enfoque conceptual*. Madrid, España: Editorial médica panamericana.
- Porti, M. (2006) *Obesidad Infantil*. Buenos Aires Argentina: Grupo imaginador de ediciones.
- Pueyo, A. (2007) *La grafología y La personalidad*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Ramos, R. (2008). *Elaboración y validación de un cuestionario multimedia y multilingüe de la evaluación de la autoestima*. (Tesis de doctorado). Recuperado en http://books.google.com.gt/books?id=1rtFFoqWB1gC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Recinos, L. (2007). *Autoconcepto: una parte importante de la autoestima*, de la revista Psicología Clínica número 225. Guatemala.
- Redondo, C. Galdó, G. y García, M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Edición de la universidad de Cantabria.
- Sadurní, M. Rostàn, C. y Sellabona, E. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Barcelona, España: Editorial UOC.

- Sananes, L. (2006). *Alimentación Fisiológica*. Madrid, España: Editorial Amertown internacional S.A.
- Sartori, M. (2004). *Educación en la Diversidad ¿Realidad o Utopía?* Argentina. Editorial de la facultad de filosofía, Humanidades y artes.
- Silva, C. (2012). *Trastornos alimentarios: Anorexia, Bulimia, Comer Compulsivo*. México: Por editorial Pax, México, L.C.C., S.A.
- Ucros (2009). *Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia*. Bogotá, Colombia: Edición Médica Internacional, 672 pág.
- Uz, L. (2013). *Autocontrol en niños con sobrepeso*, (tesis de licenciatura). Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/22/Uz-Lourdes.pdf>
- Vásquez, R (2006). *Estilos de crianza*, México: Editorial Pearson.
- Velázquez, J (2006). *Obesidad Infantil*. Buenos Aires Argentina: Por Grupo imaginador de ediciones.
- Walker, W. (2011). *Alimentación sana para niños*, Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa*. Ohio, Estados Unidos: Universidad del estado de Ohio. Pearson educación.

ANEXOS

Anexo 1. Propuesta

Introducción

El autoconcepto como parte elemental del ser humano surge como parte del proceso de interacción social y familiar en ámbitos como la escuela, casa, amigos, entre otros. Así también toma en consideración las características intrínsecas del individuo tales como el temperamento, aspecto físico y capacidades o habilidades del mismo. Es necesario e imprescindible que el individuo desarrolle un autoconcepto para que pueda sentirse valioso, hay que recordar que parte del autoconcepto es la autoestima, el elemento valorativo que hace que la persona se quiera o no.

El autoconcepto es el resultado de la interacción e interpretación que el sujeto hace con respecto a los estímulos que recibe del ambiente en el que se desenvuelve, esto quiere decir que si recibe caricias positivas de forma adecuada el autoconcepto igual será alto, si sucede lo contrario se desprende algo negativo. Por tanto el ambiente es de suma importancia, sin embargo los estereotipos actuales se enfocan en la imagen física lo cual afecta a los niños ya que estos también se juzgan mal si el aspecto físico que poseen no es el más aceptable. Uno de ellos es el sobrepeso, el cual se define como el aumento de masa corporal que excede los límites normales de peso.

Ante esta situación se ha desarrollado un plan de intervención en el que se brindan estrategias de apoyo al niño con sobrepeso para mejorar el autoconcepto físico, social y académico para que encuentre mayor satisfacción en la vida y alcance el éxito, pues es necesario que desde la infancia se despliegue un autoconcepto positivo ya que es en esa etapa cuando comienza a formarse y se pule a lo largo de la vida.

Justificación

Los resultados de la investigación actual muestran que los niños que padecen sobrepeso manejan un autoconcepto global bajo lo cual indica que sí existe una relación entre estas dos variables indudablemente, es verdad que no todos tienen un nivel bajo del mismo, pero la

mayoría demostró lo contrario, algo que no es adecuado para la salud mental ya que ello influye en la satisfacción y funcionalidad dentro de los diferentes ámbitos de la vida en la que se desenvuelve.

Se logró constatar que los niños se conducen con un nivel de autoconcepto físico medio, sin embargo hay un porcentaje alto que puntúa bajo un escaso nivel del mismo. Así también se ha observado que existe nivel significativo bajo de autoconcepto en el área académica y social, lo cual indica que los niños con sobrepeso necesitan mejorar esas áreas para desarrollar una mejor salud mental.

Objetivo General

Mejorar el autoconcepto de los niños a través de un plan de intervención multifactorial en donde se integren los padres de familia, maestros y niños.

Objetivos específicos

Aumentar el autoconcepto físico a través de técnicas psicológicas sobre la imagen corporal.

Reforzar el autoconcepto académico mediante la Psicoeducación a maestros y niños.

Brindar estrategias de socialización a los niños con sobrepeso.

Proporcionar a los padres, información sobre la salud física de los hijos.

Recursos materiales y humanos para la realización

Espacio amplio para la realización de actividades.

Cañonera para proyección de temas.

Hojas, lápices, lapiceros, marcadores y crayones.

Equipo de sonido

Autoridades educativas

Catedráticos

Padres de familia y/o encargados

Niños

Metodología

Esta consiste en establecer un programa de intervención en donde se brinden estrategias que promuevan el desarrollo de un sano autoconcepto a través de lo siguiente.

- Estrategias para mejorar el autoconcepto físico a través de técnicas como: Mirarse al espejo, Reforzamiento positivo y replanteamiento de ideas.
- Estrategias para aumentar el nivel de autoconcepto social a través de técnicas de relaciones interpersonales como el autoconocimiento, reconocimiento y mejoramiento del lenguaje corporal.
- Estrategias para aumentar el nivel del autoconcepto académico mediante el monitoreo y reforzamiento positivo de maestros en el ámbito educativo.

Para ello se realizarán: 3 temas psicoeducativos a padres, maestros y niños; 4 Talleres vivenciales para niños con una duración de una hora, una vez a la semana durante dos meses.

La aplicación del mismo será cuando las autoridades educativas lo dispongan.

Cronograma

No.	Actividad	Recursos	Duración	Involucrados
1	Tema: ¿Qué es el autoconcepto? Y la importancia en el niño.	Cañonera. Espacio para exposición	1 hora	Padres de familia y docentes.
2	Tema: sobrepeso y salud física del niño	Cañonera. Espacio para exposición	1 hora	Padres de familia
3	Tema: Como ayudar al niño a desarrollar un buen autoconcepto.	Cañonera. Espacio para exposición	1 hora	Padres de familia y docentes.
4	Taller Vivencial. Tema: cómo	Cañonera.	1 hora	Docentes

	reforzar al niño en la escuela.	Espacio para exposición		
5	Taller Vivencial Tema: amate a ti mismo. Técnicas: mirarse al espejo. Formar parejas e interpretar y mejorar el lenguaje corporal.	Espacio libre.	1 hora	Niños.
6	Taller Vivencial Tema: empatía Cambio de roles y compartir experiencia.	Espacio amplio	1 hora	Niños
7	Taller Vivencial Tema: ¿Cómo cambio lo que pienso? Replanteamiento de ideas.	Espacio amplio. Lápices, hojas, crayones y lapiceros	1 hora	Niños

La evaluación de dicho programa de intervención se hará de acuerdo a los objetivos planteados, es decir a través del mejoramiento del autoconcepto físico, académico, social y por consiguiente del autoconcepto general del niño, una vez sea ejecutado.

Anexo 2. Escala tipo Likert

ESCALA DE OPINIÓN

Edad: _____ Grado escolar: _____

	Ítems	Siempre 	Casi siempre 	Algunas veces 	Nunca 
1	Creo que tengo un cuerpo bonito.				
2	Puedo hacer las tareas de la escuela yo sólo				
3	Me gusta estar con mis compañeros de clase.				
4	Me gusta asistir a clases porque aprendo muchas cosas.				
5	Tengo muchos amigos.				
6	Considero que la mayoría de mis amigos son más guapos que yo.				
7	Las notas que obtengo en clase son las que merezco.				
8	Me gustaría tener un cuerpo diferente al que tengo ahora.				
9	Muchos de mis compañeros quieren que sea su amigo				
10	La mayoría de mis compañeros de clase son más listos que yo				
11	Creo que las personas que conozco me quieren				
12	Me gusta verme al espejo				

13	Me cuesta hacer la mayoría de las tareas de la escuela.				
14	Pienso que es mejor ser delgado.				
15	Creo que soy un niño agradable para los demás.				

Esta es una escala de aplicación académica, la información que proporciones será de uso confidencial.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones a las cuales deberás responder de acuerdo a cómo te sientes y piensas, marcando con una X en uno de los cuadros que aparecen abajo.

Anexo 3. Hoja de talla y peso según la edad

No.	Peso Kg	Altura	Edad	IMC SP según Edad	IMC
1	23.59	1.15	8	17.2-20.0	17.84
2	22.68	1.15	7	17.0-19.2	17.15
3	26.76	1.25	7	17.0-19.2	17.13
4	28.12	1.23	8	17.7-20.0	18.59
5	25.85	1.18	9	17.9-20.8	18.57
6	26.76	1.16	7	17.0-19.2	19.89
7	28.58	1.22	7	17.0-19.2	19.20
8	30.84	1.28	8	17.4-20.0	18.83
9	23.59	1.17	8	17.4-20.0	17.23
10	30.84	1.24	9	17.9-20.8	20.06
11	34.02	1.31	10	18.5-21.8	19.82
12	29.94	1.29	9	17.9-20.8	17.99
13	29.48	1.26	8	17.4-20.0	18.57
14	27.22	1.23	9	17.9-20.8	18.00
15	29.94	1.23	8	17.4-20.0	19.79
16	41.73	1.43	10	18.5-21.8	20.41
17	43.09	1.45	11	19.2-22.9	20.50
18	34.47	1.32	10	18.5-21.8	19.78
19	43.09	1.45	11	19.2-22.9	20.50
20	34.47	1.29	10	18.5-21.8	20.72
21	38.10	1.38	10	18.5-21.8	20.01
22	38.56	1.39	9	17.9-20.8	19.96
23	47.63	1.5	11	19.2-22.9	21.17
24	41.73	1.42	9	17.9-20.8	20.70
25	41.73	1.4	10	18.5-21.8	21.29
26	44.45	1.45	11	19.2-22.9	21.14
27	36.29	1.41	11	19.2-22.9	18.25
28	38.56	1.31	10	19.2-22.9	22.47
29	47.17	1.45	11	19.2-22.9	22.44
30	38.10	1.42	10	18.5-21.8	18.90
31	44.45	1.45	10	18.5-21.8	21.14
32	35.38	1.28	10	18.5-21.8	21.59
33	37.19	1.28	11	19.2-22.9	22.70
34	49.90	1.49	11	19.2-22.9	22.47
35	36.29	1.35	10	18.5-21.8	19.91

36	34.02	1.31	10	18.5-21.8	19.82
37	41.73	1.39	11	19.2-22.9	21.60
38	48.08	1.49	10	18.5-21.8	21.66
39	48.99	1.48	11	19.2-22.9	22.36
40	39.92	1.36	11	19.2-22.9	21.58
41	43.54	1.42	11	19.2-22.9	21.60
42	43.09	1.38	11	19.2-22.9	22.63
43	40.82	1.45	11	19.2-22.9	19.42
44	36.29	1.35	11	19.2-22.9	19.91
45	48.08	1.4	11	19.2-22.9	24.53
46	46.27	1.45	11	19.2-22.9	22.01
47	36.29	1.36	11	19.2-22.9	19.62