Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Nivel de autoestima y su relación con el estado nutricional de escolares de 10-12 años de instituciones educativas públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima - 2009

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e Investigación en Salud

AUTOR

Daysi Milsa CORAS BENDEZÚ

ASESOR

María Josefa ARCAYA MONCADA

Lima, Perú

2011



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Coras, D. (2011). *Nivel de autoestima y su relación con el estado nutricional de escolares de 10-12 años de instituciones educativas públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima - 2009*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Daysi Milsa Coras Bendezú
DNI	43097870
URL de ORCID	http://orcid.org/0000-0003-2813-5727
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	María Josefa Arcaya Moncada
DNI	07021076
URL de ORCID	http://orcid.org/0000-0003-0961-1193
Datos de investigación	
Línea de investigación	A.1.3.1. Salud Pública
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Juan de Lurigancho Latitud: 12°00′08″S Longitud: 77°00′30″O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Marzo 2009 – agosto 2009
URL de disciplinas OCDE	Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05 Nutrición Dietética https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.04

“A Dios, a mis padres y hermano por brindarme un hogar cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos”

Agradecimientos

"A la Mg. María Josefa Arcaya Moncada, Asesora de esta investigación;

... quien con sus amplios conocimientos y experiencia brindo la orientación para el desarrollo de esta investigación

"A la Unidad de Gestión Educativa Local N°5 de San Juan de Lurigancho, que a través de las Instituciones Educativas: Antenor Orrego Espinoza, Daniel Alcides Carrión, Luis Alberto García Rojas, Javier Pérez De Cuellar, Carlos Noriega Jiménez, El Amauta, Antonia Moreno de Cáceres, José Carlos Mariátegui, Ricardo Palma, Mártir Daniel Alcides Carrión, Miguel Gráu Seminario y Buenos Aires; y en especial al personal docente y a los estudiantes,

quienes en su conjunto, fueron pieza angular para la realización de esta investigación.

La Autora

INDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN ---------- 1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Origen y Definición del Problema ---------- 3

1.2. Formulación del Problema ---------- 6

1.3. Objetivos del Estudio ---------- 6

1.4. Justificación ---------- 6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes ---------- 8

2.2. Base Teórica ---------- 11

2.3. Hipótesis ---------- 21

2.4. Variables ---------- 21

2.4.1. Definición de Términos ---------- 21

2.4.2. Definición Operacional de Variables ---------- 22

2.5. Operacionalización de Variables ---------- 23

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio ---------- 24

3.2. Descripción del Área de Estudio ---------- 25

3.3. Población y Muestra de Estudio ---------- 25

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos ---------- 26

3.5. Validez y Confiabilidad ---------- 27

3.6. Recolección de Datos ---------- 28
3.7. Aspectos Éticos ---------- 28
3.8. Procesamiento y Presentación de Datos ---------- 29

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

30

CONCLUSIONES ---------- 43

RECOMENDACIONES ---------- 44

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ---------- 45

ANEXOS ---------- 47

LISTA DE TABLAS

Pág.

- **TABLA 1:**

  NIVEL DE AUTOESTIMA Y NIVEL NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009 ---------- 34

- **TABLA 2:**

  NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009 ---------- 35

- **TABLA 3:**

  FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS DE LAS VARIABLES NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009 --------- 37

LISTA DE GRAFICOS

Pág.

- **GRAFICO 1:**

  NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS, DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICA, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009 ---------- 31

- **GRÁFICO 2:**

  NIVEL NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009 ---------- 32

- **GRÁFICO 3:**

  ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009 ---------- 33

- **GRÁFICO 4:**

  NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009 ---------- 36

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares de 10 a 12 años de edad, de Instituciones Educativas Públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima; siendo un estudio de tipo observacional, descriptivo correlacional y de corte transversal. Se estudió una muestra de 465 estudiantes de educación primaria, la muestra se distribuyó en forma proporcional en 12 redes educativas del distrito, seleccionando un colegio por cada red educativa, se utilizó un muestreo de tipo probabilístico: aleatorio simple. En tanto para la recolección de datos del Nivel de Autoestima se aplicó el Test de Autoestima para escolares de César Ruiz Alva, conformado por 25 ítems; y para valorar el Estado Nutricional se aplicó la Gráfica de Crecimiento Corporal CDC 2000: IMC/Edad por percentiles, según Índice de Masa Corporal (IMC) del Ministerio de Salud (MINSA).

Los resultados fueron 14% de escolares presentó una baja autoestima y en el 16.3% se encontró una tendencia a baja autoestima, haciendo un total de 30.3% de escolares con un nivel de autoestima baja propiamente dicha. El estado nutricional en la mayoría fue normal con 68.8%, mientras que 17.9 % presentó sobrepeso, 10.5% se encontró en obesidad; y solo un 0.6% se encontró en una situación de desnutrición. Así mismo se demostró que el nivel de autoestima está relacionado de manera significativa con el estado nutricional de los escolares, tal como lo revela la prueba Chi cuadrado al 95% de confianza estadística, evidenciándose que los estudiantes con baja autoestima y tendencia a baja autoestima, presentan altos índices de sobrepeso y obesidad, mientras que la mayoría de escolares con autoestima en riesgo y niveles altos de autoestima tienen un estado nutricional normal. Las conclusiones de la investigación son las siguientes: En el distrito de San Juan de Lurigancho, más de la cuarta parte de escolares de 10 a 12 años de edad presentaron un nivel de baja autoestima y esto se explica por diversos factores de índole personal, familiar y social. Además los escolares presentaron un estado nutricional de sobrepeso y obesidad, superando significativamente al estado de desnutrición, lo que demostraría que el estado nutricional del escolar en este distrito se encuentra en una etapa de transición y cambio, hallándose más problemas nutricionales por exceso que por

defecto. Así mismo se concluye que el nivel de autoestima está relacionado de manera significativa con el estado nutricional de los escolares y es relevante considerar la autoestima como un factor importante que debe ser considerado en la evaluación del estado nutricional, especialmente de niños en obesidad y sobrepeso, a través de los programas y estrategias preventivo promocionales de salud; y así ahondar en nuevas intervenciones terapéuticas, que ayuden a solucionar estos problemas, a través de un trabajo multidisciplinario.

Palabras Clave: Nivel de Autoestima, Estado Nutricional

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the relationship between self-esteem and nutritional status in schoolchildren from 10 to 12 years old of public educational institutions in the district of San Juan de Lurigancho, Lima, being an observational study, descriptive correlational and cross-sectional. The sample was 465 students, the sample was distributed proportionally in 12 educational networks, selecting a college education for each network, and, the study used a probabilistic sampling: simple random. Also, for the harvest of datas the study used the self-esteem test, applied by Alva Ruiz Cesar school, consisting of 25 items, and to assess the nutritional status applied Corporal CDC Growth Chart 2000: BMI / age percentile, according to Body Mass Index (BMI) of MINSA

The data were processed with statistical programs "Statistics" version 8 and "Minitab" Version 15, with the following results: 14% of pupils had low self-esteem and 16.3% were in a tendency to low self-esteem, making a total of 30.3 % of pupils with low self-esteem itself, whereas in most nutritional status was normal with 68.8%, while 17.9% were overweight, 10.5% were in obesity, and only 0.6% was found in a situation of malnutrition. It also, showed that self-esteem is significantly related to nutritional status of schoolchildren, as revealed by Chi-square test at 95% statistical confidence, demonstrating that students with low self-esteem and tendency to low self-esteem have high rates of overweight and obesity, while the majority of students at risk with self-esteem or high self-esteem have a normal nutritional status, concluding that self-esteem is important to consider as important factor should be taken into account in the comprehensive assessment nutritional status, especially obesity and overweight children, and so deepen new therapeutic interventions through a multidisciplinary approach.

Keywords: self-esteem, Nutritional Status

INTRODUCCION

El estado nutricional se evidencia a través del tipo de alimentación de una persona, en donde la ingesta excesiva de calorías y grasas o el deficiente consumo de vitaminas, minerales y proteínas dan como resultado los niveles de obesidad y desnutrición,[2] pero existen estudios que señalan que los desordenes nutricionales, no solo tienen un origen de tipo biológico y metabólico, sino mas bien muchos de ellos tienen un principio emocional y psicológico, tal es así que las emociones negativas se han asociado con un aumento de la ganancia de peso, incluso en la infancia [9], y también ha sido identificado como un factor de riesgo para trastornos de la alimentación a principios de la adolescencia.[10]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la persona como un ser biopsicosocial, siendo esta definición, punto de partida para el diseño y elaboración de planes de salud, políticas concertadas, y protocolos de salud de las diversas entidades sanitarias que buscan la atención integral de la persona en su diferentes etapas de vida, pero la multicausalidad de los problemas nutricionales se engloba mas al área biológica de la persona que a su propia área emocional.

Por lo tanto, es importante identificar el factor emocional que interviene en el estado nutricional, el que presumiblemente no es tratado y pasa desapercibido en la consulta de salud; y uno de estos problemas tan comunes es la Autoestima cuya formación se origina en el seno familiar, y se va integrando en la escuela.

En tal sentido, surgió el interés de realizar la presente investigación en escolares de 10 a 12 años, en el distrito de San Juan de Lurigancho, con la finalidad de encontrar una relación entre el nivel de autoestima y su propio estado nutricional, pues se esta demostrando que la condición emocional influye muchas veces en la situación somática de la persona, esta condición genera problemas de obesidad y delgadez, provocadas por la ansiedad, preocupación, estrés, etc.[12,13]; por lo tanto los resultados del estudio podrían contribuir a la apertura de nuevas intervenciones que

aborden no solo el aspecto biológico sino también el aspecto psicoemocional del escolar frente a los trastornos de la alimentación.

El presente trabajo está estructurado en 4 capítulos, que son los siguientes: Capítulo I: El Problema; comprende los principales problemas que dieron punto de partida a la investigación, formulación del problema, los objetivos que se aspiró lograr y la justificación. Capitulo II: Base Teórica; se describió los antecedentes y las variables que formaron parte de la investigación. Capitulo III: Metodología; consideró la forma y los procedimientos principales asumidos para la ejecución de la investigación, así como los procedimientos para el análisis estadístico. Capitulo IV: Resultados y Discusión; en donde se analizó los resultados en función a las variables de estudio.

Finalmente se presenta las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos, donde figuran el cálculo del tamaño de muestra, los instrumentos de recolección de datos, la validación de instrumentos, entre otros, con los cuales se respalda la investigación.

CAPITULO I
EL PROBLEMA

1.1. ORIGEN Y DEFINICION DEL PROBLEMA

Siempre que se aborda el problema nutricional de una persona, el enfoque de intervención usualmente se dirige a un problema alimentario, pobreza e inequidad en la distribución de la riqueza económica, incluso se puede relacionar con el nivel educativo y social de la familia; pero si confrontamos lo mencionado con la definición de individuo según la OMS (Organización Mundial de la Salud) que refiere que éste es un ser biopsicosocial y debe ser tratado como tal[1]; sin duda alguna la intervención que se esta dando a los problemas nutricionales se dirige mas a sus causalidades que se engloban al área biológica y social del hombre que a su propia área emocional y psíquica que también debería ser considerada tan importante como los otros aspectos.

De otro lado, se sabe que el estado nutricional es el reflejo de la alimentación de una persona, en donde la ingesta excesiva de calorías y grasas o el deficiente consumo de vitaminas, minerales y proteínas dan como resultado los niveles de obesidad y desnutrición, los mismos que pueden ser evidenciados a través de medidas antropométricas como el peso, talla e índice de masa corporal [2], siendo esto un aspecto importante de interés mundial.

Según la FAO (Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), ochocientos cincuenta y cuatro millones de personas del mundo están mal alimentadas. En Europa, la obesidad llamada “la epidemia del siglo XXI” constituye un problema que se presenta en forma reciente, su prevalencia

ha aumentado 3 veces en las últimos 2 décadas con cifras cercanas al 50% de sobrepeso en adultos y de un 20% en niños; y de estos un tercio son obesos y las cifras aumentan rápidamente [2].

Mientras que en América Latina la desnutrición infantil esta siendo exitosamente controlada, pero la obesidad esta en aumento, destacándose el incremento de obesidad en países como Brasil y Ecuador, los mismos que presentan altos índices de pobreza, pero sus índices de desnutrición infantil están disminuyendo mientras que el sobrepeso se encuentra en aumento [2]; un claro ejemplo de este fenómeno, también se encuentra en nuestro país, pues según el ENDES 2000, la desnutrición crónica disminuyó de 39% a 32%, la desnutrición aguda disminuyó de 2% a 1%; mientras tanto, el sobrepeso y la obesidad ascendieron de 17% y 5% a 19% y 7%, respectivamente; y además se muestra que solamente en Lima Metropolitana existe un promedio de 41% de sobrepeso y obesidad infantil [3].

Por otro lado, la autoestima se reconoce como un indicador del desarrollo personal fundado en la valoración, positiva, negativa o neutra de uno mismo; y es confirmada por cada individuo a partir de la percepción de cómo y cuánto lo valora quien lo rodea y particularmente todo aquel que es relevante para él, en su vida cotidiana; y es a partir de los 5-6 años cuando el niño comienza a formar un concepto de cómo es visto por otras personas (padres, maestros, compañeros, amigos y otros), siendo la base para el desarrollo de su personalidad. [4]

En América Latina, 25% de niños de 7 a 17 años, tienen baja autoestima y reconocen sufrir síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión, donde 38 % asegura que no tiene mucho de qué presumir, 28 % no le gusta su forma de ser, 23 % si volviera a nacer le gustaría ser diferente y 20 % cree que es más débil que los demás [5]; siendo evidente la presencia de este problema desde edades tempranas.

El Perú no es ajeno a esta realidad, pues 21% de los niños peruanos sufre de depresión y baja autoestima, la mayor frecuencia de casos se presenta en la edad escolar; y el riesgo suicida esta presente tanto como en los adultos, ya que solo

en el 2007 se registraron más de 50 suicidios infantiles; y la baja autoestima que se considera como principal síntoma de la depresión infantil pasa inadvertido para el entorno cercano del niño, y el distrito de San Juan de Lurigancho también engloba estas cifras tan elevadas, al igual que los distritos de San Juan de Miraflores y Villa María del triunfo [6].

Durante el año 2008 el Hospital de San Juan de Lurigancho ha registrado 388 casos de Episodios Depresivos en personas de 10-19 años de edad y 535 casos de Síndrome del Maltrato en el mismo grupo de edad, [7] siendo preocupante este problema, pues San Juan de Lurigancho es considerado como un distrito populoso, con problemas de maltrato infantil, siendo vulnerable la autoestima de los niños de este distrito,[8] pues se sabe que la depresión se antecede de sentimientos de inferioridad, insatisfacción personal y baja autoestima[9].

Frente a todo lo anteriormente mencionado y en relación al aspecto nutricional y psicológico en su conjunto, existen estudios que señalan que los desordenes nutricionales, no solo tienen un origen metabólico, sino mas bien muchos de ellos tienen un principio emocional y psicológico, tal es así que la emocionalidad negativa se ha asociado con un aumento de la ganancia de peso, incluso en la infancia[10], y también ha sido identificado como un factor de riesgo para trastornos de la alimentación a principios de la adolescencia.[11]

Además, seria importante identificar el factor emocional que interviene en el estado nutricional, el que presumiblemente no es tratado y pasa desapercibido en la consulta de salud; y uno de estos problemas tan comunes es la Autoestima, cuya formación se origina en el seno familiar y se va integrando en la escuela.

En este sentido, surge el interés de realizar la presente investigación en escolares de 10 – 12 años, en el distrito de San Juan de Lurigancho, con la finalidad de encontrar una relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional de estos escolares, pues se esta demostrando que la condición emocional influye muchas veces en la situación somática de la persona, esta condición genera problemas de obesidad y delgadez, ocasionadas por la ansiedad, preocupación, estrés, etc.[12,13]; y es ahí donde, emerge el interés de

encontrar esta relación en nuestra realidad, el mismo que podría ayudar a la apertura de nuevas intervenciones que aborden no solo el aspecto biológico sino también el aspecto psicoemocional del niño frente a los trastornos de la alimentación

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares de 10-12 años de edad, en Instituciones Educativas Públicas del Distrito de San Juan de Lurigancho, en el año 2009?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares de 10-12 años de edad de Instituciones Educativas Públicas.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de autoestima de escolares de 10-12 años de edad.
- Evaluar el estado nutricional a través del índice de masa corporal en escolares de 10-12 años de edad.
- Correlacionar el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares 10-12 años de edad.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La salud y la enfermedad constituyen sin duda uno de los aspectos más importantes de la vida de las personas. Por este motivo, la inversión en promoción de la salud es cada vez mayor, presentándose en los últimos tiempos grandes modificaciones en el ámbito del cuidado de la salud y de todas las ciencias afines, dando paso a una visión más holística sobre el cuidado de la salud.

Los problemas alimentarios de desnutrición y obesidad en la actualidad han creado un impacto en la sociedad, debido a su alta prevalencia, dando lugar a un incremento de las políticas gubernamentales en torno al tema; sin embargo, pese a este gran interés, la generalidad de estas políticas no presta la atención

necesaria a los factores psicoemocionales asociados a los problemas alimentarios desde la niñez.

Los resultados de la presente investigación contribuirá a incrementar los conocimientos sobre autoestima y estado nutricional, y así destacar la importancia de evaluar la autoestima en niños malnutridos o viceversa e incorporar la valoración del área psicoemocional del escolares en la atención de salud; pues hoy en día, no se brinda la atención necesaria a los factores psicológicos asociados al estado nutricional, los cuales permitirían ampliar los conocimientos en el tema y se ahondarían en nuevas intervenciones terapéuticas centradas al área psicoemocional, las mismas que pudiesen complementar las ya existentes, a través de un trabajo multidisciplinario de profesionales de salud y maestros involucrados en la atención al escolar.

El estudio tiene relevancia social y un gran valor teórico, frente a los trastornos de la alimentación; y de un valor practico, por cuanto los resultados podrían ser aplicados para establecer estrategias preventivo-promocionales, de forma integral para la salud escolar.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel internacional se encontraron algunos estudios relacionados con el tema de investigación como el de Guido y Berganza (1994), quienes realizaron un estudio titulado "Autoestima y Depresión en Adolescentes Guatemaltecos", con el objetivo de identificar el nivel de autoestima y la depresión en adolescentes, siendo el estudio de tipo descriptivo, se estudiaron 908 adolescentes de 17 establecimientos educativos de la ciudad de Guatemala. Los resultados del estudio fueron los siguientes: Se encontraron niveles significativos de depresión en los adolescentes (28.78%) y las diferencias de género persistieron, presentando las mujeres mayores porcentajes de depresión que los varones (36.61% vs 21.56%). Se midió la autoestima total, lo mismo que la autoestima global, familiar, académica, física y social. Se encontró una correlación negativa significativa entre la depresión y la autoestima ($r = -0.612$, $p<0.05$). Usando un análisis de regresión se encontró que la autoestima y sus componentes contribuían significativamente a los niveles de depresión: Total (37.4%), global (25.7%), académica (14.9%), física (20.5%), familiar (22.8%), y social (19.2%); llegando a la conclusión que la autoestima debe ser considerado como un dato predictivo de la depresión[9.]

En relación al aspecto nutricional, Castañeda, Molina y Hernández (2002), realizaron una investigación titulada "Estado nutricional de escolares en una población del estado de Hidalgo, México", con el objetivo de identificar el estado nutricional de escolares en una población del estado de Hidalgo, siendo

un estudio de tipo descriptivo, se estudiaron 400 escolares de una escuela primaria, obteniendo los siguientes resultados: 51% (204) desnutridos, 31% (124) normales y 18% (72) con sobrepeso y obesidad. Se concluye que el déficit nutricional se presenta de manera importante en la edad escolar de la población estudiada y por sus características se puede considerar que es más frecuente la desnutrición crónica[14].

En relación al aspecto nutricional y psicológico en su conjunto, Rivas y Tapia (2007), realizaron una investigación titulada: "Estudio Descriptivo – Correlacional sobre las características de Personalidad en Adolescentes entre 16 – 18 años de edad, que presentan Sobrepeso y Obesidad, pertenecientes a las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso, Chile", cuyo objetivo fue determinar la relación entre las características de la personalidad con el estado de sobrepeso y obesidad en adolescentes; estudiaron a 195 adolescentes con sobrepeso y obesidad, de ambos sexos, se usó un cuestionario que midió 16 factores de personalidad y para identificar la correlación de variables utilizaron la prueba de chi cuadrado (X^2) teniendo como resultado lo siguiente: El factor Emotividad se correlaciona con la variable Obesidad en un 0.043, y con la variable sobrepeso en un 0.004, y el factor ansiedad se correlaciona con la variable sobrepeso en un 0.034. Y concluyen que existe relación entre los rasgos de personalidad y las distintas categorías de obesidad, resaltando que la gran mayoría de las correlaciones entre los rasgos de personalidad, se establecen con la variable sobrepeso, y según los resultados el adolescente con sobrepeso tiene una característica de personalidad emotiva, caracterizada por sentimientos de inferioridad; y de personalidad ansiosa, según la cual la sobreingesta sería una conducta aprendida en la infancia, utilizada por el sujeto obeso para reducir su ansiedad y podría confundirse estados emocionales internos con sensaciones de hambre, lo cual conduciría a una ingesta inadecuada. Revelando entonces que esta categoría podría ser clínicamente significativa en el ámbito psicológico[12].

Recientemente Ternouth, Andrew y Collier, David (2009) realizaron un estudio titulado "Predicción del aumento de peso a través de los Problemas emocionales de la infancia y la autoestima, en un modelo de regresión longitudinal", cuyo objetivo fue predecir el aumento de peso a través de los

Problemas emocionales de la infancia y la autoestima. Se estudiaron a 6500 personas que fueron tomadas de un Estudio de Cohorte de Nacimientos en el año 1970, siendo una muestra representativa de individuos nacidos en el Reino Unido, y a la edad de 10 años, evaluaron los problemas emocionales de la infancia a través de escala de Rutter, la autopercepcion/autoestima a través del cuestionario LAWSEQ y el IMC (Índice de Masa Corporal) fue medida por una enfermera entrenada, y los mismos participantes fueron evaluados nuevamente 20 años después, es decir cuando llegaron a la edad de 30 años; el análisis estadístico fue realizado por el paquete de software estadístico STATA, las pruebas de diferencias de medias se llevó a cabo usando el estándar T- Test, y se midió las diferencias en las variables categóricas mediante regresión logística o regresión logística ordinal; siendo los resultados los siguientes: Los problemas emocionales de la infancia, predijo un aumento de peso en la edad adulta de las mujeres (mínimos cuadrados de regresión N = 3359; coeficiente de 0,004, p = 0,032). Usando los mismos métodos, la autoestima de la infancia predijo el aumento de peso en hombres y mujeres (N = 6526; coeficiente de 0,023, p <0,001); los resultados mostraron que los participantes que tuvieron una calificación baja en la autoestima, y los que se habían sentido menos en el control de sus vidas a los 10 años, fueron los más propensos a ganar peso en la edad adulta. Y concluyen, que dentro de los factores que influyen al estado de obesidad, la autoestima puede incluirse como un factor importante, así mismo concluyeron que la obesidad y la baja autoestima se asocian a través de una sección transversal, en donde solo se creía que la baja autoestima es el resultado de la obesidad, sin embargo, también concluyeron que la baja autoestima es anterior a la obesidad y ya es un factor de riesgo para el aumento de peso, no como un factor decisivo, pero si como un factor importante que debe ser tomado en cuenta[13].

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Salud Mental (2007), realizó un estudio, titulado “Situación de la Salud Mental en el Perú”, cuyo objetivo fue determinar la situación de la salud mental en el Perú, siendo el estudio de tipo descriptivo, epidemiológico y transversal, la población del estudio estuvo conformada por residentes de 12,246 viviendas particulares del área urbana de Lima y Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Pucallpa, Iquitos y Tarapoto, en

donde se evidencia los siguientes hallazgos: 21% de los niños de 8 a 10 sufre de depresión y baja autoestima y 28% se encuentra entre las edades de 12 a 17 años; 79 % de ellos pensó alguna vez en la autoeliminación como una salida rápida para solucionar sus problemas. Concluyendo que la mayor frecuencia de casos de depresión infantil se presenta en la edad escolar, desde los 8 a 10 años; pero en la adolescencia aumenta en forma considerable, además que un diagnóstico y tratamiento temprano podrían disminuir futuros episodios depresivos [6].

Así mismo, Pajuelo y Morales (2001), realizaron un estudio titulado: "Prevalencia de desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 9 años de edad por niveles socioeconómicos", cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 9 años de edad por niveles socioeconómicos; estudiaron 1 547 niños, de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 6 a 9 años de edad. Siendo los resultados los siguientes: El estudio se realizó en áreas urbano marginales de Cerro de Pasco, Arequipa y Lima, todos de nivel socioeconómico bajo. La prevalencia de desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en Cerro de Pasco es de 37, 12 y 3%, en Arequipa 24, 23 y 6%, en Lima 11,16 y 15%. Los niños de Cerro de Pasco, están creciendo en promedio, por debajo del percentil 5, los de Lima lo hacen por encima del percentil 50. Pese a estas diferencias en el crecimiento, los valores de la talla no influyen en las variaciones del IMC. Se concluyó que en Lima y Arequipa, el sobrepeso y la obesidad son más prevalentes que la desnutrición crónica, mientras que en Cerro de Pasco predomina la desnutrición crónica y eso responde al crecimiento deficiente alcanzado por sus niños [15].

Estas investigaciones, fueron de utilidad por su gran aporte teórico, que permitió confrontar sus hallazgos con los resultados del estudio, permitiendo así el desarrollo de la investigación.

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. EL SENTIMIENTO VALORATIVO DE LA AUTOESTIMA

Según Mckay (2002), la autoestima es la opinión emocional de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del

conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Ésta se aprende, cambia y se puede mejorar a partir de los 5-6 años cuando la persona empieza a formar un concepto de cómo se ve así mismo, los padres, amigos, etc. y las experiencias que va adquiriendo en el transcurso de su vida[16].

En tanto que Rojas (2007), considera que autoestima es un constructo que trasciende la idea básica de autovaloración e incorpora aspectos biopsicosociales, pues la alteración de la autoestima afecta la salud, las relaciones sociales y la productividad en el trabajo, mientras que su fortalecimiento incrementa en la persona su adaptabilidad social y sus capacidades productivas. La definición correcta del término autoestima es materia de debate en las diferentes escuelas psicológicas y psiquiátricas, así como en áreas fuera del enfoque científico para el bienestar mental de la persona [17].

Los autores antes mencionados concuerdan que la Autoestima es una opinión emocional de nuestro ser, enfocado a los rasgos espirituales, físicos y sociales, siendo importante porque define la personalidad de una persona.

2.2.2. DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA EN LA FAMILIA

Sadurní (2003), establece que la autoestima se desarrolla desde que las señales expresivas que se cruzan en los intercambios adulto-niño consiguen canalizar la atención del pequeño hacia objetos u acontecimientos que suceden en el mundo que los rodea; pues explorando el rostro y las señales expresivas que los adultos hacen, el niño trata de “leer” cuales son sus intenciones, intenta comprender que significan esos gestos y las palabras que los acompañan , pues las expresiones de placer, de enfado o de miedo que emergen en el rostro de la madre o del padre sirven de guía al niño. Todo ello revela que desde los inicios de la vida infantil las emociones regulan las relaciones del niño con los demás y con el mundo circundante, y es ahí donde la autoestima del niño se va originado y desarrollando; siendo en la etapa escolar donde se pone a

prueba, puesto que sus capacidades y destrezas que demuestra el niño son comparadas periódicamente y públicamente con la de los otros niños. Todo ello va a suponer un reto para los sentimientos de competencia del niño y va influir en el modo en que se perciba a sí mismo; pero es la familia que es considerada como la principal educadora y trasmisora de las enseñanzas morales y sobre todo de la formación de la autoestima y personalidad del niño, pues la escuela solo consolida lo que la familia ha formado desde un inicio [18].

En tanto que Ericsson (2008), hace de referencia ocho etapas por las que el ser humano atraviesa en el proceso de su vida para la formación de la autoestima. Las edades no son rígidas, pueden fluctuar; por ejemplo, la autonomía puede presentarse al año y medio o los tres años de vida. Para el paso de una etapa a otra se vive una crisis; la crisis suele ir acompañada por angustia y ansiedad, ya que es dejar algo seguro, conocido, por algo incierto y desconocido [19]:

La primera etapa es la de "Confianza Básica" contra "desconfianza" donde queda conformada la autoestima. La satisfacción de obtener logros le dará la seguridad necesaria para "arriesgarse" a dar el siguiente paso.

En la segunda etapa “Autonomía frente a vergüenza”, el niño empieza a darse cuenta de que puede dar, empieza a tener autocontrol y fuerza de voluntad. Debe recordarse que hay que alentar lo positivo de cada etapa para que la autoestima se vaya enriqueciendo y afirmando.

De los 4 a los 6 años “Iniciativa frente a culpa”, el niño dirige su voluntad a un propósito; se le llama esta etapa lúdica o de juego. Hace y deshace, construye y destruye, compone y descompone; todo esto le va dando seguridad. Si esta etapa se resuelve bien, pasa a la siguiente etapa.

De 7 a los 11 años, “Laboriosidad contra inferioridad”, aquí la autoestima del niño lo hace ser responsable, cooperar en grupos, y se despierta su interés en aprender.

De los 12 a los 16 años, empezando con la pubertad, se llega a la adolescencia. Es la crisis en donde las etapas anteriores se cuestionan; se pone en juego la construcción de la "identidad". La persona se vuelve egoísta, solitaria, de carácter cambiante; la misma está feliz, que enojada, no sabe qué le pasa ni qué quiere. En esta etapa puede recuperar aclarar y fortalecer su autoestima.

En la sexta etapa, "Intimidad contra Aislamiento" aprecia la intimidad, la amistad profunda. La persona ya es madura y busca trascender. Si no se consolidaron las etapas anteriores se provocará aislamiento y estados de neurosis.

En la etapa de "Generatividad contra Estancamiento", la personas son productivas creativas, consolidan y cuidan su familia, amigos y trabajo, si las etapas anteriores no son superadas, su autoestima es baja con todas sus consecuencias.

La última etapa, "Integridad contra Desesperación", es la integración de todas las etapas. Aquí, la fe, seguridad armonía, espiritualidad y el orden dan todos sus frutos. Al estar satisfecho y feliz de una vida plena, la trascendencia y los valores supremos de amor, bondad, paciencia, y todo lo que significa sabiduría se manifiestan. El individuo vive más consciente y pleno.

Sadurní y Ericsson, concuerdan que el desarrollo de la autoestima es un proceso, que se desarrolla cada año de vida del niño y es muy importante la intervención de la familia para formar en el niño una autoestima que le permita tener seguridad y autonomía, a lo largo de su vida, y así confrontar exitosamente cada etapa que propone Ericson.

2.2.3. LA AUTOESTIMA EN EL AMBITO ESCOLAR

De acuerdo con SARRIA (2000), en el sistema escolar se produce un cambio en los factores que afectan el desarrollo de la autoestima y del concepto de sí mismo. Estos factores pasan de ser exclusiva propiedad de la familia, a multiplicarse; y a ser compartidas por pares, profesores y toda

la gama de experiencias que proporciona el colegio. Así, el autoconcepto se formaría gradualmente a partir de las experiencias y de las interacciones del individuo con su realidad, siendo la familia el principal agente de configuración de la autoimagen primaria, en aspectos físicos y psicológicos; ésta se integraría posteriormente con una autoimagen secundaria, en las que los principales agentes socializadores serían la familia extensa, los pares y la escuela; y es esta última, la que tiene una significativa influencia sobre la imagen que los alumnos se forman de si mismos. Los años que el alumno permanece en la escuela condicionan la Autoestima, sobre todo en el plano académico. Mientras que todo lo que recibe de los demás: valoraciones, crítica, informaciones, van dejando una huella en él. El rol del centro educativo y de los profesores es de máxima importancia para el desarrollo del autoconcepto y la autoestima de sus alumnos [20].

2.2.4. LA AUTOESTIMA UN CONCEPTO MULTIDIMENSIONAL EN EL ESCOLAR

PEÑA (2000), sustenta que existe una valoración global acerca de sí mismo, que puede traducirse en una percepción de ser querible, valioso y estar contento de ser como cada uno se percibe; o por el contrario, en un sentimiento de ser poco valioso, no querible y, por lo tanto, un sentimiento negativo; por lo tanto recomienda examinar la autoestima del escolar, existiendo dimensiones o áreas específicas dentro de la autoestima [21].

Dimensión Física: Se refiere, en ambos sexos, al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye también en los alumnos, el sentirse fuerte y capaz de defenderse; y en las niñas, el sentirse armoniosas y coordinadas. A menudo la dimensión física se encuentra, disminuida por el fuerte impacto de los medios audiovisuales en la formación de los estereotipos de belleza de hombres y de mujeres muy lejano a nuestra identidad.

Dimensión Afectiva: Está muy relacionada con la autoestima social, pero se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: afectuoso o frío, simpático o antipático, pesimista u

optimista, etc. Para tener una autoestima afectiva positiva, es necesario sentirse explícitamente querido y querible en forma frecuente, por las personas que nos rodean. Es importante que los docentes puedan expresar a los alumnos valoraciones positivas de su desempeño.

Dimensión Académica: Se refiere a la autopercepción de la capacidad para tener éxito en la vida escolar, específicamente, a la capacidad de rendir bien. Incluye también la autovaloración de las habilidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo, constante, etc. Uno de los aspectos más significativos para desarrollar una autoestima positiva, es saberse y sentirse competente en diferentes aspectos. Percibirse como capaz de enfrentar una situación con éxito y recibir reconocimiento de los otros, contribuye a generar la sensación de autoeficacia y competencia.

Dimensión social: Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir, el sentirse parte de un grupo. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones. Un estudiante con buena autoestima es asertivo y seguro, no teme expresar sus propias opiniones ni lo que siente y piensa al hablar con otros, mantiene la mirada, o tiene problemas para entablar amistades y le gusta trabajar en grupo.

Dimensión ética: Se relaciona con el hecho de sentirse un persona buena, confiable o por el contrario, mala y poco confiable. También incluye atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o flojo. Esta dimensión depende de la forma en que el niño interioriza los valores y las normas, y de cómo se ha sentido frente al adulto cuando las ha transgredido o ha sido sancionado.

2.2.5. ESTADO NUTRICIONAL

MARTINEZ (2003), define estado nutricional como el reflejo de la alimentación de la persona, en donde se puede evidenciar retraso del crecimiento o aumento de aquella situación clínica en que la persona deja de progresar o excede respecto al ritmo esperado para su edad. El estado

nutricional evidencia en cada momento si la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuadas a las necesidades del organismo; como consecuencia de una inadecuada ingesta, surge la malnutrición considerada como la expresión clínica de un fallo del estado nutricional mantenido que se traduce en la alteración del tamaño y composición corporal [22].

2.2.6. FACTORES DEL ESTADO NUTRICIONAL

Existen numerosos factores que influyen en el estado nutricional, así como en la conducta alimentaria. La Organización para la Alimentación y Agricultura de la Naciones Unidas, considera tres grandes grupos: sociodemográficos y económicos, culturales y sanitarios, destacando en cada uno de ellos un aspecto que resulta especialmente relevante, como son los siguientes:

Los Factores sociodemográficos y económicos, considera que el modelo de consumo alimentario en los países pobres se caracteriza por una alimentación monótona donde el alimento base proporciona el 60-90% del aporte energético, con una pequeña cantidad de productos animales en la composición de la ración, con un aporte glucídico elevado, un aporte proteico discreto y un aporte elevado de fibras. Las consecuencias que este modelo tiene para la salud pública van en la línea de carencias en energía y proteínas o carencias específicas de minerales o vitaminas. Las características de cada modelo de consumo alimentario se ve influenciado por muchos factores, entre ellos el nivel educativo y social de las mujeres, como las principales gestoras de la alimentación en una sociedad, la situación económica del país, las comunicaciones y los transportes, las políticas agrarias, las características geográficas, el clima, el acceso a agua potable, etc.

Los Factores culturales de la alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos. El alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas. Cada comunidad selecciona sus alimentos entre

lo que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, ambientales, socioeconómicas, etc. La alimentación es un aspecto de la vida que sirve, a nivel social, para crear relaciones del hombre con el hombre, con sus divinidades y con el entorno natural. Cada cultura va ha definir lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad. Debido al papel central del alimento en el día a día, y más en concreto en las relaciones sociales, las creencias y las prácticas alimentarias son difíciles de cambiar, aún cuando interfieren con una correcta nutrición. Los factores que afectan a la elección de los alimentos y que pueden condicionar el estado nutricional son, entre otros, las pautas de crianza, los cuidados y la alimentación del niño, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, la religión, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, la educación nutricional, la publicidad, el marketing, la disponibilidad económica, etc.; todos estos factores son importantes a la hora de decidir lo que comemos y cómo lo comemos, generando modelos de consumo alimentario diferentes según países o grandes regiones mundiales.

Los Factores sanitarios tienen una relación estrecha con la malnutrición y la mortalidad por enfermedades infecciosas. El estado nutricional está estrechamente relacionado con el sistema inmunitario, de manera que un estado nutricional deficitario limita la capacidad de reacción del sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo a las infecciones. A la vez, las infecciones van a agravar la malnutrición preexistente, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper. Los efectos de la nutrición y la infección sobre el organismo no sólo se suman sino que se potencian, estableciéndose un efecto sinérgico, así mismo los problemas de malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), son causa de enfermedades metabólicas y cardiovasculares. [23]

2.2.7. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ESCOLAR DE 10 A 12 AÑOS

La valoración del estado nutricional a través de la anamnesis, exploraciones clínica y antropométrica y la selección de algunas pruebas complementarias constituye la forma más eficaz de orientar un trastorno nutricional para poder instaurar pronto medidas terapéuticas y determinar aquellos casos que deben ser remitidos al centro de referencia para su evaluación más completa.

La Organización Panamericana de la Salud (2005), refiere que los índices nutricionales se calculan conociendo la edad, sexo, peso y talla, teniendo como resultados de una mala nutrición a la obesidad, sobrepeso, la desnutrición y sus situaciones de riesgo [24]:

- *Obesidad:*

  Es una enfermedad caracterizada por una cantidad excesiva de grasa corporal o tejido adiposo con relación a la masa corporal.

- *Desnutrición:*

  Se origina, cuando hay una carencia de algunos o todos los elementos nutritivos, lo cual puede ocurrir debido a ciertas deficiencias en la dieta como vitaminas específicas, así mismo la desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no son digeridos o absorbidos apropiadamente.

La valoración nutricional del escolar y del adolescente es evaluado a través de la antropometría basada en el peso y la talla, traduciéndose en los indicadores peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla. Sin embargo la evidencia científica disponible demuestra que el Índice de Masa Corporal (IMC) presenta mejor correlación que el peso/talla con la composición corporal [25].

El Índice de Masa Corporal llamado también Índice de Quetelet es un parámetro utilizado ampliamente para evaluar el estado nutricional de una persona. Es una medida antropométrica que relaciona el peso y la talla de un individuo y dada su facilidad de aplicación, el IMC se ha convertido en una de las medidas más usadas para diagnosticar obesidad, preobesidad, bajo peso o desnutrición. El IMC se estima aplicando una ecuación que consiste en dividir el peso corporal en kilogramos por la altura al cuadrado. Es decir, para calcular el IMC se utiliza la siguiente fórmula: Peso/Talla^2 (el peso dividido por la talla, elevado al cuadrado) [25].

El Ministerio de Salud evalúa al escolar a través del IMC, utilizando la Grafica de Crecimiento Corporal CDC 2000: IMC/Edad (5 a < 20 años) por percentiles (P), siendo su clasificación la siguiente [26]:

- Desnutrición:
  Se sitúa dentro de la gráfica, en una ubicación menor al percentil 5; y se caracteriza por ser un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos.

- Riesgo de desnutrición:
  Dentro de la grafica, se sitúa en una ubicación mayor o igual al percentil 5, pero menor al percentil 10; y se considera por la probabilidad de desarrollarse un estado de desnutrición.

- Normal:
  Se ubica dentro de la grafica entre el percentil 10 y el percentil 90; y se considera como un equilibrio de la ingesta balanceada de alimentos.

- Sobrepeso
  Considerado dentro de la grafica en una ubicación mayor al percentil 90, pero menor e igual al percentil 95; y se define por un exceso de peso en relación con la estatura.

- Obesidad

  Dentro de la grafica se sitúa en una ubicación mayor al percentil 95 y se caracteriza por un exceso de grasa corporal.

2.2.8. MALNUTRICIÓN

La malnutrición es la consecuencia del incumplimiento de una dieta equilibrada en calidad y en cantidad. Es un término general para una condición médica causada por una dieta inadecuada o insuficiente. Puede ocurrir por exceso (y llevar, por ejemplo, a un caso de obesidad) o por defecto (desnutrición, delgadez); y suelen ser irreversibles, sobre todo cuando se presenta en niños y adolescentes, por encontrase en una etapa de desarrollo. Un individuo podría experimentar malnutrición si la cantidad apropiada o la calidad de nutrientes que constituyen una dieta saludable no son consumidas por un período prolongado de tiempo; y un período prolongado de malnutrición, puede llevar al agotamiento, enfermedad e infección. [27]

En la actualidad, en países de América Latina se esta observando que la desnutrición infantil esta siendo exitosamente controlada, pero la obesidad la está reemplazando rápidamente. Según el ENDES 2000, la desnutrición crónica disminuyó de 39% a 32%, la desnutrición aguda disminuyó de 2% a 1%; mientras tanto, el sobrepeso y la obesidad ascendieron de 17% y 5% a 19% y 7%, respectivamente; y además se muestra que solamente en Lima Metropolitana existe un promedio de 41% de sobrepeso y obesidad infantil [3].

La FAO (Organización para la Alimentación y la Agricultura), viene evaluando los hábitos y costumbres alimentarias de la población peruana y da cuenta que la dieta nacional sigue ubicándose por debajo de las recomendaciones internacionales y el promedio de consumo semanal de frutas y verduras reportado es de 875 gramos, cantidad que solo representa un tercio de la recomendación internacional. Asimismo, el consumo de fibra dietética fue en promedio de 16 gramos, que cubre solo el 45% de la recomendación diaria[23].

2.3. HIPOTESIS

Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares de 10-12 años de edad.

2.4. VARIABLES

2.4.1. DEFINICIÓN DE TERMINOS

Autoestima

Opinión de sí mismo, de la manera de ser y del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales.

Estado Nutricional

Situación alimentaria de la persona donde se puede evidenciar un estado de normalidad, desnutrición o sobrepeso.

Escolar

Persona de 10 a 12 años que se encuentra en etapa de aprendizaje dentro de una institución educativa.

2.4.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

- Nivel de Autoestima:

  Se define como la valoración que tiene el escolar a cerca de si mismo, en función a la dimensión de Familia, Identidad Personal, Autonomía, Emociones, Motivación y Socialización a través del Test de Autoestima para Escolares de César Ruiz Alva que contiene 25 ítems de encuesta, cuyo resultado es una autoestima alta, tendencia a alta, en riesgo, tendencia a Baja o Baja autoestima

- Estado Nutricional:

  Se define como el crecimiento corporal del escolar, basado en parámetros de Índice de Masa Corporal (IMC), cuyo resultado puede ser un escolar mal nutrido y nutrido, evidenciado por desnutrición, riesgo de desnutrición, sobrepeso, obesidad y normalidad, y es obtenido a través de la Grafica de Crecimiento Corporal CDC 2000: IMC/Edad, por percentiles.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Puntaje
Variable Independiente Nivel de Autoestima	Opinión emocional de nuestro ser, enfocado a los rasgos espirituales, físicos y sociales en el cual se define la personalidad de una persona.	Se define como la valoración que tiene el escolar a cerca de si mismo, en función a la dimensión de Familia, Identidad Personal, Autonomía, Emociones, Motivación y Socialización medido a través del Test de Autoestima para Escolares de César Ruiz Alva que contiene 25 ítems de encuesta, cuyo resultado es una autoestima alta, tendencia a alta, en riesgo, tendencia a Baja o Baja autoestima	Dimensión: Familia	Actitudes en el hogar	*TEST DE AUTOESTIMA PARA ESCOLARES: Autor: Cesar Ruiz Alva (Psicólogo educacional)* Niveles: 22-25 Alta autoestima 17-21 Tendencia a Alta Autoestima 16 Autoestima en Riesgo 12-15 Tendencia Baja Autoestima 0-11 Baja Autoestima.
				Presión familiar	
				Respeto de la familia	
				Necesidad de permanencia en el hogar	
				Sentimiento de comprensión en el hogar	
				Sentimiento de fastidio en el hogar	
			Dimensión: Identidad Personal	Satisfacción de si mismo	
				Aceptación personal	
				Percepción de la realidad vivida	
				Opinión de si mismo	
				Opinión de la simpatía	
			Dimensión: Autonomía	Capacidad para tomar decisiones	
				Sensación de adaptabilidad	
				Expresión de ideas	
			Dimensión: Emociones	Expresión de sentimientos positivos	
				Autopercepción de emociones	
				Aceptación social	
				Sensación de situaciones difíciles	
				Opinión de defectos y cualidades	
			Dimensión: Motivación	Convencimiento de ideas	
				Sensación de motivación	
				Sensación de ánimo frente a actividades	
			Dimensión: Socialización	Capacidad de hablar en público	
				Sentimiento de aceptación social	
				Sensación de dependencia al entorno	

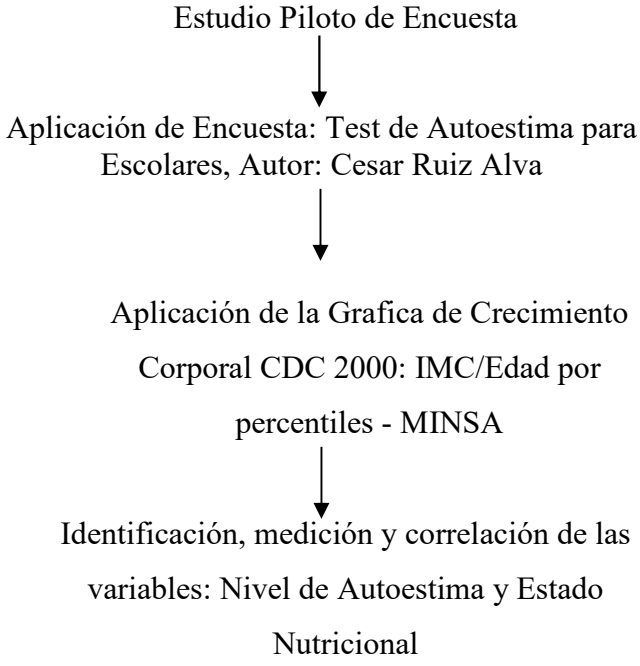
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO DE MEDICION
Variable Dependiente Estado Nutricional	Reflejo de la alimentación de la persona, en donde se puede evidenciar retraso del crecimiento o incremento incontrolado de ello.	Se define como el crecimiento corporal del escolar, basado en parámetros de Índice de Masa Corporal (IMC), cuyo resultado puede ser un escolar mal nutrido y nutrido, evidenciado por desnutrición, riesgo de desnutrición, sobrepeso, obesidad y normalidad, y es obtenido a través de la Grafica de Crecimiento Corporal CDC 2000: IMC/Edad (5 a < 20 años) por percentiles	Escolar Malnutrido	Desnutrición	Grafica de Crecimiento Corporal CDC 2000: IMC/Edad por percentiles
				Riesgo de Desnutrición	
				Sobrepeso	
				Obesidad	
			Escolar Nutrido	Normalidad	

CAPITULO III
METODOLOGIA

3.1. TIPO, NIVEL Y METODO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es un estudio de tipo Observacional, porque no se intervino manipulando el fenómeno, solo se observó, midió y analizó las variables; Descriptivo Correlacional, porque se midió la relación entre la variable nivel de Autoestima y Estado Nutricional; y de Corte Transversal, porque las variables se midieron en un solo momento y se procedió a su análisis.

**Esquema o Representación del Diseño de Investigación:*



3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El escenario de estudio fueron 94 instituciones educativas publicas, de educación primaria, cuyas infraestructuras es de material noble, espaciosas y de escaso mantenimiento durante el año, pertenecientes a la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) Nº5 y ubicadas en el distrito de San Juan de Lurigancho, el mismo que es considerado como el distrito más poblado del Perú, y de América del Sur; se localiza en el extremo nor oriental de la ciudad de Lima, en la quebrada que lleva el mismo nombre del distrito.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo conformada por 10 887 estudiantes de educación primaria, cuyas edades fluctúan entre los 10 a 12 años de edad, los mismos que se distribuyen en 94 instituciones educativas públicas, siendo estos colegios agrupados en 12 redes educativas dentro de la UGEL Nº 05 de San Juan de Lurigancho. (Ver Anexo A)

Los escolares fueron seleccionados con los siguientes criterios:

a) Criterios de Inclusión:
   - Estudiantes con aparente buen estado de salud.
   - Estudiantes que acepten voluntariamente a participar en el estudio.

b) Criterios de Exclusión:
   - Estudiantes que tengan inasistencia al colegio.
   - Estudiantes con limitaciones o incapacidades físicas.
   - Escolares con alguna enfermedad endocrinológica o crónica previamente diagnosticada y conocida por el personal del Centro Educativo como hipotiroidismo o hipertiroidismo.
   - Estudiantes de extrema pobreza, el mismo que se obtuvo a través de informantes claves (docentes, auxiliares, asistenta social). Se tuvo que tomar en cuenta este criterio, para poder controlar la variable Pobreza, como variable interviniente, pues esta variable tiene gran influencia sobre la variable Estado Nutricional, específicamente la Desnutrición, pues se sabe que la Pobreza es un gran factor que influye en la desnutrición infantil, entonces para logar el propósito del estudio, que

desde un inicio fue considerar el Nivel de Autoestima como un factor importante del Estado Nutricional, se tuvo que excluir los resultados de Nivel de Autoestima y Estado Nutricional de los niños con extrema pobreza, a través de informantes claves.

MUESTRA

Se requirió 465 estudiantes que representa el 2.2% de la población estadística; esta muestra fue calculada con la siguiente formula para el cálculo en la estimación de una proporción poblacional:

$$N = \frac{Zx^2\,(pq)}{P^2}$$

La muestra se distribuyó en forma proporcional en 12 redes educativas, seleccionando un colegio por cada red y para esto se utilizó un muestreo de tipo Probabilístico: Muestreo Aleatorio simple. (Ver Anexo A)

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del Nivel de Autoestima se aplicó el Test de Autoestima para Escolares, del Psicólogo Educacional César Ruíz Alva de la Universidad Cesar Vallejo – Trujillo, siendo aplicable en escolares desde el 3er grado de primaria hasta el 2do año de educación secundaria, el test comprende 25 ítems, su calificación es manual, y según una plantilla se otorga 1 punto por cada respuesta que coincida con la clave. El puntaje total obenido se convierte en la calificación que representa el nivel de autoestima, categorizado en 5 niveles: Alta Autoestima, Tendencia a Alta Autoestima, Autoestima en Riesgo, Tendencia a Baja Autoestima y Baja Autoestima; además cada ítem del instrumento responde a las siguientes dimensiones: Familia, Identidad Personal, Autonomía, Emociones, Motivación y Socialización. (Ver Anexo B). Las puntuaciones del Test de Autoestima para Escolares se presentan a continuación:

- Alta Autoestima → 22-23 pts.
- Tendencia a Alta Autoestima → 17-21 pts.
- Autoestima en Riesgo → 16 pts.
- Tendencia a Baja Autoestima → 12-15 pts.
- Baja Autoestima → 00-11 pts.

Para valorar el estado nutricional se aplico la Grafica de Crecimiento Corporal CDC 2000: IMC/Edad por percentiles, mide el nivel nutricional de personas de 5 a 19 años de edad, según Índice de Masa Corporal (IMC) (VER ANEXO B), siendo diseñado por el Instituto Nacional de Salud y utilizado en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional y se califica como:

- > P5 → Desnutrición
- >= P5 a < P10 → Riesgo de Desnutrición
- >= P10 a <= P90 → Normal
- >P90 a <=P95 → Sobrepeso
- >P95 → Obesidad

Se clasifica al estado Nutricional en un Estado Nutricional Normal y en un estado de Mal Nutrición, este último engloba a los niveles de Desnutrición, Riesgo de Desnutrición, Sobrepeso y Obesidad, según definición de la OPS [22,26]

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El Test de Autoestima para Escolares cuyo autor es el Psicólogo Educacional Cesar Ruiz Alva, de la Universidad César Vallejo – Trujillo, es valido y confiable, pues en la ciudad de Trujillo fue sometido a un total de 480 sujetos y fue demostrada su confiabilidad con el Método de Consistencia Interna donde los coeficientes van de 0.88 a 0.94 que resultan siendo significativas al 0.001 de confianza y sometidos al Método de Test Retest, resultan siendo también confiables cuyos coeficientes van del 0.90 a 0.93 con lapsos de tiempo de dos meses entre prueba y reprueba, estimados también como significativos al 0.001 de confianza. Mientras que para determinar la Validez de este instrumento. Ruiz Alva correlaciono los puntajes generales del Test de autoestima para Escolares con otro Test ya acreditado y de amplio uso en el diagnostico psicológico que es el Test de Autoestima de Coopersmith, obteniendo resultados de correlación significativos de 0.73 a 0.77. (Ver Anexo C)

Cabe resaltar que el instrumento de Ruiz Alva para su utilización en la presente investigación fue también sometido a pruebas de validez y

confiabilidad con los resultados de una prueba piloto de 60 escolares de 10 a 12 años de edad de las I.E. Antenor Orrego y Daniel Alcides Carrión del Distrito de San Juan de Lurigancho, se utilizó el Coeficiente Alfa de Crombach., teniendo un valor de 0. 756, con el cual se concluye que el test de autoestima es confiable, así mismo resulta ser valido también el instrumento, pues el coeficiente de correlación de Pearson, obtiene resultados mayores a 0,20, con lo cual se concluye que el test de autoestima es válido. (VER ANEXO C)

3.6. RECOLECCIÓN DE DATOS

Los procesos que se siguieron para la recolección de datos en el estudio son los siguientes: Autorización de las autoridades de la Instituciones Educativas que participaron en el estudio, se solicitó el consentimiento informado de los padres de familia para que los menores de 10-12 años participen en el estudio. (Ver Anexo D), se realizó la recolección de la información, según el cronograma de actividades previsto, se brindo capacitación a 3 Licenciadas en Enfermería que colaboraron en la recolección de la información; y se hizo una coordinación externa e interna con los directores y docentes de las instituciones educativas.

3.7. ASPECTOS ETICOS

Se hizo uso del consentimiento informado hacia los padres de familia, quienes dieron su autorización para que puedan participar sus menores hijos en el estudio, este procedimiento se hizo por medio de los docentes encargados de los escolares, quienes entregaron las solicitudes de consentimiento informado a los padres a través de sus reuniones de padres de familia. En el formato de Consentimiento informado se solicitaba el permiso correspondiente para la medición del peso y talla y hacer la evaluación de la autoestima.

Asimismo cabe resaltar que al recolectar la información de la muestra seleccionada, también se midió el peso y la talla y se evaluó el nivel de autoestima de aquellos niños que no estaban incluidos dentro de la muestra pero si eran compañeros de aula de aquellos niños que pertenecían al estudio; por Ejm. Si de una institución educativa la muestra a evaluar era de 42 escolares, pero el salón se conformaba de 45 estudiantes, se evaluaba a todo el salón, pero la información para el estudio solo se considero de la muestra seleccionada.

3.8. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos fueron procesados con los programas estadísticos “Estatistica” versión 8 y MINITAB versión 15 y la hoja de cálculo MicroSoft Excel 2007, teniendo en cuenta métodos estadísticos descriptivos, consistentes en tablas cruzadas de frecuencias, gráficos de columnas y medidas de resumen.

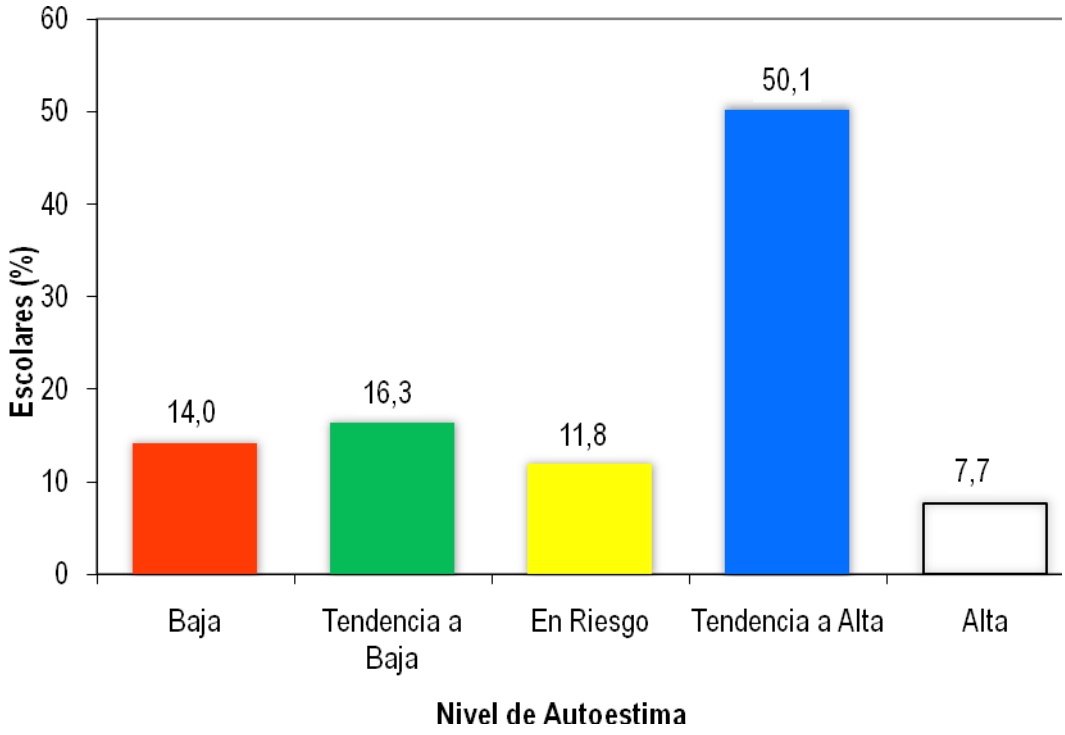
El procesamiento de los datos se realizo mediante estadística descriptiva en el caso de variables cualitativas; estadística inferencial para el caso variables cuantitativas y la prueba Chi cuadrado (X^2) para las variables cualitativas, además se utilizó el coeficiente de contingencia C de Pearson para determinar el grado de asociación o relación entre las variables, considerando valores de $p<0,05$ como datos significativos.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

Los escolares que participaron en el estudio se caracterizan por ser sujetos cuyo rango de edad es de 10 a 12 años de edad, siendo la edad media de 11,9; participando 229 escolares de sexo femenino y 236 escolares de sexo masculino, siendo un total de 465 estudiantes.

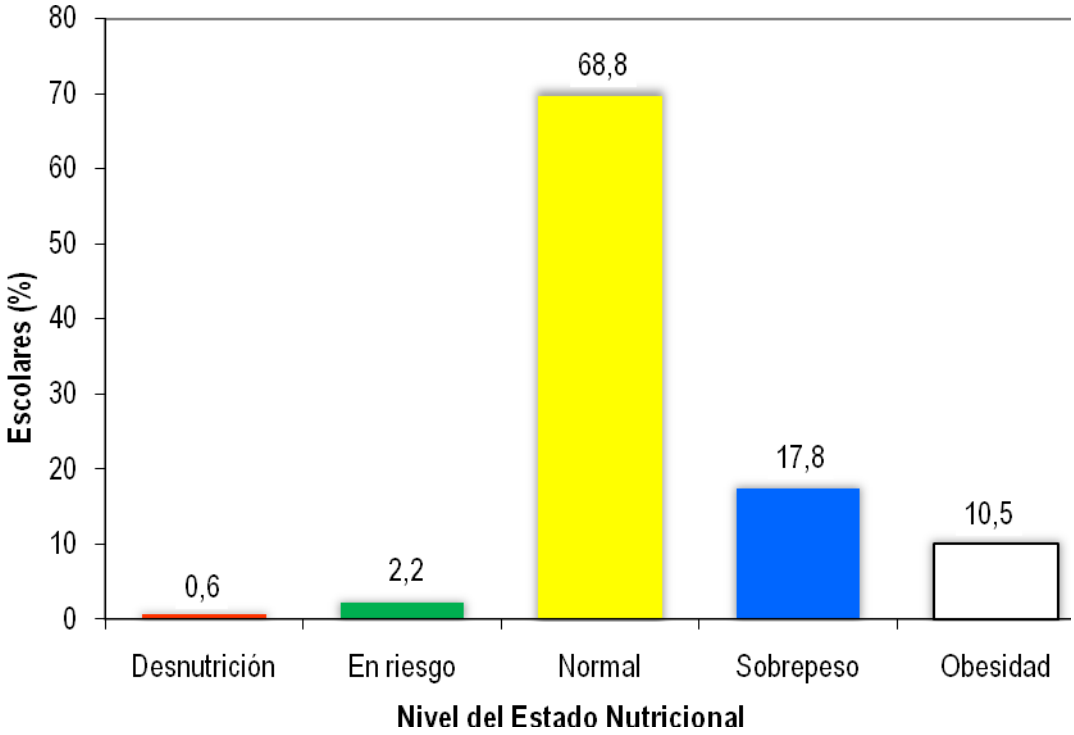
Los resultados fueron procesados al 95% de confianza estadística; y se presentan a continuación en 3 tablas y 4 gráficos, para luego proseguir con la discusión de los mismos, y se presentan a continuación:

GRAFICO 1
NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS, DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICA, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009



El Grafico 1 muestra que de un total de 465 escolares, 50.1% (233) de escolares presentan una tendencia a alta autoestima, 16.3% (76) presentan tendencia a baja autoestima y 14% (65) de escolares una autoestima baja, estos dos últimos resultados suman un total de 141 escolares con tendencia a baja autoestima y baja autoestima propiamente dicha, que representa 30.3% del total de la muestra de estudio.

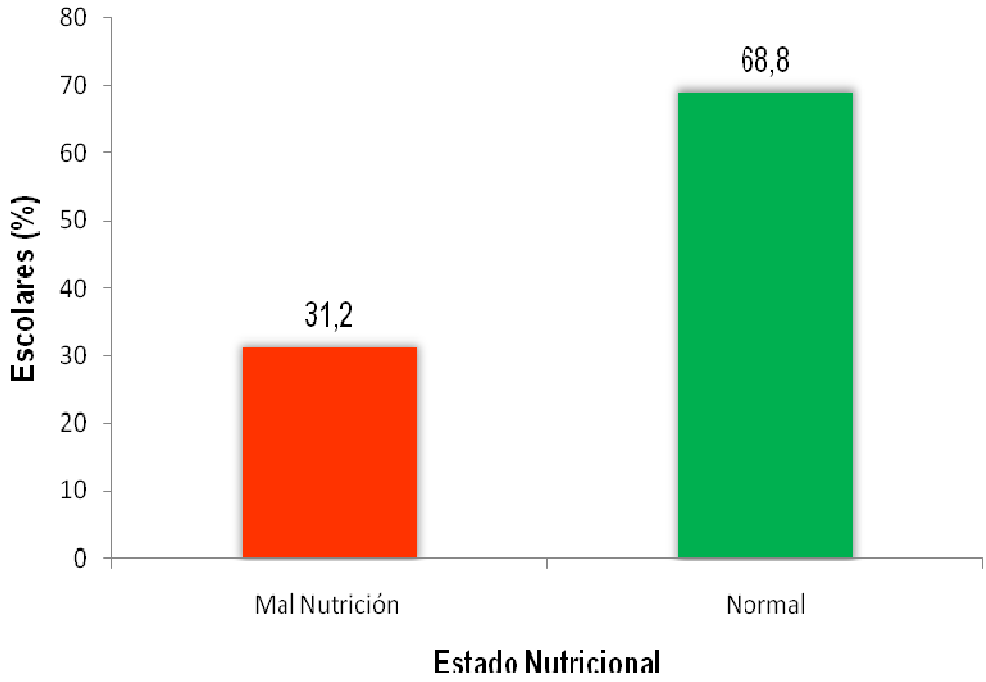
GRÁFICO 2
NIVEL NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009



Así mismo se ha identificado el estado nutricional a través del índice de masa corporal; primero se ha determinado los niveles nutricionales de los escolares sujetos a estudio, tales como desnutrición, riesgo de desnutrición, normal, sobrepeso y obesidad, como se observa en el Grafico 2

El Gráfico 2 muestra que de un total de 465 escolares, 68.8% (320) de escolares presentan un estado nutricional normal, por otro lado 0.6%(3) presentan desnutrición y 2.2%(10) se encuentran en riesgo de desnutrición, mientras que 17.8%(83) de escolares se encuentran en sobrepeso y 10.5% (49) en obesidad.

GRÁFICO 3
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009



El estado nutricional se clasifica en un estado nutricional normal y en un estado de mal nutrición, este último comprende los niveles de desnutrición, riesgo de desnutrición, sobrepeso y obesidad, como se puede observar en el Grafico 3:

El Grafico 3 muestra que de un total de 465 escolares, 68.8% (320) presenta un estado nutricional normal, esto también se observa en el grafico 2; mientras que un 31.2% (145) de escolares se encuentran en un estado de mal nutrición que comprende tanto la mal nutrición por defecto (desnutrición y riesgo de desnutrición) y la mal nutrición por exceso (sobrepeso y obesidad).

TABLA 1
NIVEL DE AUTOESTIMA Y NIVEL NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009

Nivel de Autoestima	Nivel Nutricional%					Total
	Desnut.	Riesgo	Normal	Sobrepeso	Obesidad	
Baja	0	1,5	4,6	30,8	63,1	14,0
T. a baja	3,9	10,6	1,3	76,3	7,9	16,3
En riesgo	0	1,5	96,4	2,1	0	11,8
T. a alta	0	0	99,6	0,4	0	50,1
Alta	0	0	97,2	2,8	0	7,7
						100

T: Tendencia

Esta tabla muestra el cruce de las variables nivel de autoestima (Grafico 1) con el nivel nutricional (Grafico 2), primeramente para observar de manera específica como los distintos niveles nutricionales se relacionan con el nivel de autoestima, observándose esto en la Tabla 1.

La tabla 1 muestra que los escolares con baja autoestima representan 14% (65), y de este grupo de estudiantes se observa claramente que 30,8% se encuentran en sobrepeso y 63,1% en obesidad, así mismo se observa que de los escolares con tendencia a baja autoestima que constituye 16,3 % (76), llama la atención que 3,9% de ellos esta desnutrido y 10,6% se encuentra en riesgo de desnutrición; mientras que los escolares con alta autoestima y tendencia a alta autoestima no presentan niveles de desnutrición u obesidad, pero si de sobrepeso.

TABLA 2
NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009

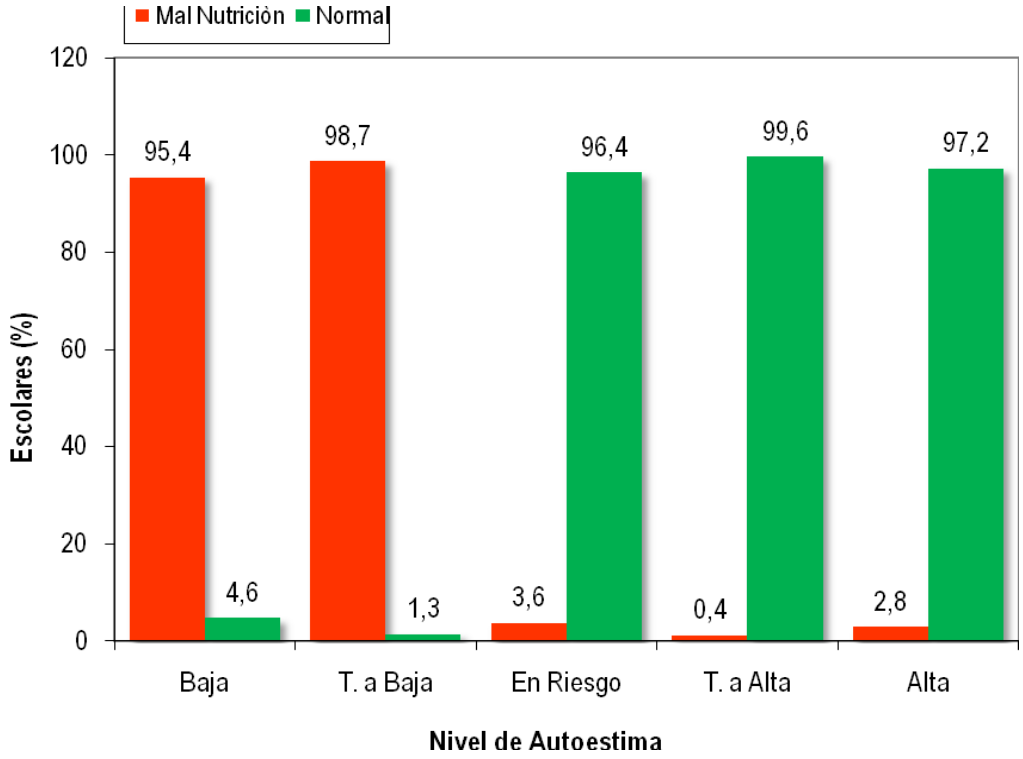
Nivel de autoestima	Estado nutricional				Total	
	Mal Nutrición		Normal			
	f	%	f	%	f	%
Baja	62	95,4	3	4,6	65	100
Tendencia a baja	75	98,7	1	1,3	76	100
En riesgo	2	3,6	53	96,4	55	100
Tendencia a alta	1	0,4	232	99,6	233	100
Alta	1	2,8	35	97,2	36	100
Total	141	30,3	324	69,7	465	100

F: valor absoluto

A continuación se presenta el cruce de resultados entre las dos variables de estudio: nivel de autoestima (Grafico 1) y estado nutricional (Grafico 3), en donde se distingue de forma general la relación de ambas variables en la Tabla 2.

La Tabla 2 muestra que de un total de 65 escolares de nivel de baja autoestima, 95,4% (62) se encuentra en estado de mal nutrición, mientras que 4,6% (3) tiene un estado nutricional normal; así mismo se observa que de un total de 76 escolares que presentan tendencia a baja autoestima, 98,7% (75) está en un estado de mal nutrición y solo 1,3% (1) se encuentra en estado nutricional normal.

GRÁFICO 4
NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009



Por otro lado el nivel de autoestima en situación de riesgo se presenta en 55 escolares, y de ellos 3,6% (2) se encuentran en situación de mal nutrición y 96,4% (53) se encuentra en estado nutricional normal; de la misma manera de los 36 escolares que presentan nivel de autoestima alta, 2,8% (1) muestra un estado de mal nutrición y 97,2% (35) presenta un estado nutricional normal, como se observa en el Grafico 4.

Los resultados de la tabla 2 y gráfico 4 evidencian que existe relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional de los escolares, pues a niveles bajos de autoestima los escolares presentan un estado nutricional de Mal nutrición y a niveles altos de autoestima un estado nutricional Normal.

Esto es confrontado estadísticamente a través de la Prueba del Chi Cuadrado (X^2) para la asociación de variables categóricas o cualitativas, al 95% de confianza estadística, con 4 grados de libertad, contrastándose la hipótesis estadística nula (Ho) y alterna (Ha) en los siguientes términos:

Ho: No existe relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional de los escolares de 10 a 12 años.

Ha: Existe relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional de los escolares de de 10 a 12 años.

La prueba Chi Cuadrado (X^2) es definida como:

$$J = \sum_{i=1}^{F}\sum_{j=1}^{C}\frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

$J = X^{2;}$ O_{ij} = Frecuencias Observadas; E_{ij} = Frecuencias Esperadas

La Tabla 3 muestra Frecuencias observadas y esperadas de las variables Nivel de Autoestima y Estado Nutricional, necesarias para la prueba de Chi cuadrado:

TABLA 3
FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS DE LAS VARIABLES NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES DE 10-12 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS, DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2009

Nivel de autoestima	Estado nutricional				Total	
	Mal nutrido		Nutrido			
	Oij	Eij	Oij	Eij	Oij	Eij
Baja	62	19,71	3	45,29	65	65
Tendencia a baja	75	23,05	1	52,95	76	76
En riesgo	2	16,68	53	38,32	55	55
Tendencia a alta	1	70,65	232	162,35	233	233
Alta	1	10,92	35	25,08	36	36
Total	141	141,00	324	324,00	465	465

Jt = valor teórico del chi cuadrado, Jc= valor calculado, Jt = 9,488, Jc = 428,349, Jt < Jc; p = 0.05

Se remplaza los datos de la Tabla 3 en la formula del Chi Cuadrado (X^2) y a un 95% de confianza estadística, el programa "Statistica" versión 8 reporta un valor calculado del chi cuadrado de Jc = 428,349 y un valor teórico de Jt = 9,488, como el valor calculado es mayor al valor teórico se rechaza la hipótesis nula (Ho), a favor de la hipótesis alterna (Ha), con un valor de $p < 0,05$; y comprobándose así la hipótesis:

Con estos resultados se comprueba la hipótesis general de investigación:

"Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el estado nutricional de los escolares de 10-12 años de Instituciones Educativas Públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima, 2009".

Así mismo el grado de asociación o relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional se obtiene con el coeficiente de contingencia C de Pearson, definido como:

$$C = \sqrt{\frac{Jc}{Jc+n}}$$

Donde:

Jc = valor calculado del chi cuadrado ($X^{2)}$ y n= muestra de estudio

Escala del coeficiente C de Pearson: Nula = 0; Pequeña = 0,01 a 0,19; Baja = 0,20 a 0,39; Regular = 0,40 a 0,59; Alta = 0,60 a 0,79; Muy alta = 0,80 a 0,99; Perfecta = 1

Sustituyendo Jc = 428,349 y n = 465 en la formula, resulta que el coeficiente de contingencia C de Pearson es C = 0,692, con el cual se afirma que la relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional de los escolares de las instituciones educativas públicas del distrito de San Juan de Lurigancho de la ciudad Lima es una correlación alta y una relación intensa según la escala de este coeficiente.

DISCUSION

En el estudio, 14% de escolares presenta una baja autoestima y 16.3% se encuentra en una tendencia a baja autoestima, haciendo un total de 30.3% de los escolares con un nivel de autoestima baja propiamente dicha, siendo este resultado mayor a lo obtenido por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi [6], donde se hace referencia que 21 % de la población de menores en el país sufre de depresión y según Guido[9], la depresión se antecede de sentimientos de inferioridad, insatisfacción personal y principalmente de baja autoestima; que en algunos casos, puede desencadenar en suicidio; siendo los casos de depresión tan comunes como los casos de baja de autoestima, donde la tristeza persistente, pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas, aburrimiento y falta de energía o desinterés en sus actividades o incapacidad para disfrutar de ellas son algunos de los síntomas que nos pueden dirigir a este problema.

Así mismo los hallazgos del estudio (30.3%) son mayores a los detectados por Piñuel y col. [5]; quienes mencionan que 25% de niños en América Latina, entre 7 y 17 años, tienen baja autoestima, según una encuesta realizada a 25.000 estudiantes de distintos países del continente.

Por lo tanto, los resultados de baja autoestima en ambos estudios, no superan a los resultados de esta investigación realizada en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho, en donde encontramos mayores niveles de Baja autoestima que las reportadas por estas investigaciones; y esto podría explicarse por diversos factores que podrían surgir en la familia, como también en los estilos de vida de los distritos urbano marginales, y las propias características sociales de estos distritos, pues San Juan de Lurigancho es considerado como un distrito populoso, con múltiples problemas sociales y entre los principales que afectan a la población infantil se encuentran el maltrato infantil en sus diversos tipos como físico, psicológico y el abuso sexual, iniciándose muchas veces en el propio hogar; y las razones de tales comportamientos se hallan fundamentalmente en problemas de tipo familiar, que dejan a niños y jóvenes sin afecto, ni atención de sus padres, según estudios realizados por Helfer y col. [8] .

Asimismo, la estructura familiar constituye un problema alarmante, pues se conforman hogares entre jóvenes que no han alcanzado la madurez emocional, en donde 50% de las mujeres ya ha formado un hogar antes de los 21 años, siendo vulnerables a las crisis familiares, lo que explicaría también porque el estudio encontró escolares con mayores índices de baja autoestima, con respecto a otros estudios.

En relación al estado nutricional, los resultados del estudio tienen diferencias con los resultados de Pajuelo y col. [15], realizado en niños de 6 a 9 años de áreas urbanas del Perú, en donde se encuentra que en la ciudad de Lima existe desnutrición en un 11%, Sobrepeso en un 16% y Obesidad que representa un 15%, haciendo un total de 42% de niños con problemas de Mal Nutrición, mientras que en el presente estudio, los hallazgos evidencian un 31.2% de niños con Mal nutrición, siendo este resultado menor a lo que obtuvieron los autores mencionados. [15]; debido probablemente, a las diferencias de edad de las muestras de ambas investigaciones, sin embargo se observa proximidad de resultados en lo referido a sobrepeso y obesidad; pues Pajuelo y col. [15], obtienen 31% y el presente estudio 28.4%; siendo los resultados de sobrepeso y obesidad los mas resaltantes en el estudio a comparación a la desnutrición que solo alcanzó un 0.6%.

La explicación de la presencia del sobrepeso y la obesidad de escolares en el estudio podría deberse por la actividad física, relacionado comúnmente a la mayor cantidad de horas que pasan los escolares frente al televisor y a la computadora, pues actualmente los sistemas de tecnología e información han ido evolucionando vertiginosamente, provocando cierto grado de sedentarismo en los niños, mas aún si la crisis familiar en algunos hogares no ayuda a controlar el uso del internet y los videojuegos, mas bien por el contario la promueve; además dentro del ámbito escolar estatal se observa que no existe un sistema de vigilancia a la expedición de alimentos y golosinas en los recreos escolares, prácticamente el niño esta expuesto desde todos los ámbitos a caer en el sobrepeso y la obesidad.

Por otro lado Castañeda, y col. [14], realizaron una investigación en niños de 6 a 12 años en una población del estado de México, obteniéndose resultados de: 51% desnutridos, 31% normales y 18% con sobrepeso y obesidad. Siendo esta realidad

diferente a la investigación dada en escolares 10-12 años del Distrito de San Juan de Lurigancho, en donde 0,6% son desnutridos, 69.7% normales y 27.5% se encuentran en sobrepeso y obesidad; el porcentaje de niños obesos en el estudio es mayor al porcentaje de niños obesos en México; y los casos de desnutrición en el estudio es menor al porcentaje de niños desnutridos en México; y esto puede deberse a las características socioeconómicas de la población urbano marginal de Hidalgo, situado en México , pues al igual que San Juan de Lurigancho este es un distrito periurbano, pero con niveles de pobreza mas elevados.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares de 10 a 12 años del distrito de San Juan de Lurigancho, comprobándose esta relación al 95% de confianza estadística a través de la prueba (X^2) Chi cuadrado.

De estos resultados se deriva el análisis con otras investigaciones como el de Rivas y col. [12], quienes sostienen que existe relación entre los rasgos de personalidad evaluados en adolescentes de 16 a 18 años de edad y las distintas categorías de obesidad en Chile, quienes revelan que esta categoría podría ser clínicamente significativa en el ámbito psicológico, pues encontraron que la obesidad se relaciona con una personalidad emotiva caracterizada por sentimientos de inferioridad, concluyendo que la condición emocional y la personalidad de un adolescente obeso se encuentran íntimamente ligados siendo de gran importancia la consideración de intervenciones terapéuticas que apunten a este aspecto.

Además, se demostró que los resultados obtenidos en la investigación son semejantes a los resultados del estudio realizado por Ternouth y col.[14], titulado "Predicción del aumento de peso a través de los problemas emocionales de la infancia y la autoestima, en un modelo de regresión longitudinal", ejecutado en Reino Unido, los resultados señalan que los participantes que tuvieron una calificación baja en la autoestima a los 10 años, fueron los mas propensos a ganar peso en la edad adulta, concluyendo que la autoestima se relaciona con la obesidad, por tanto la autoestima debe ser considerada como un factor emocional importante al lado de los factores de riesgo de tipo biológico, económico y social que tiene la

obesidad. Ternouth y col.[14] han demostrado que la obesidad no solo genera baja autoestima, sino también que la baja autoestima puede generar obesidad.

Por lo tanto, podría esto también presentarse en los escolares de 10 a 12 años pues lo obtenido en el estudio demuestra que es necesario abordar el aspecto nutricional desde el factor emocional del niño también; porque se ha encontrado que los escolares con baja autoestima presentan sobrepeso en un 30.8%, obesidad en 63.1%, en donde la obesidad supera al sobrepeso (Tabla 1); mientras que en los escolares con tendencia a baja autoestima se ha hallado que el sobrepeso (76.3%) tiene mayor índice que la obesidad (7.9%) a diferencia de aquellos que presentan baja autoestima, lo que nos revelaría que mientras un niño con tendencia a baja autoestima llega al sobrepeso, un niño con baja autoestima llega hasta la obesidad, siendo entonces significativo tomar en cuenta el factor emocional del niño en la intervención terapéutica de la obesidad y el sobrepeso tal como lo postulan Ternouth y col.[14] y Rivas y col. [12]

Así mismo, el estudio muestra en la Tabla 2 y Grafico 4 que el nivel de baja autoestima es mayor en los niños que se encuentra en un estado de mal nutrición (95.4%), donde se incluyen los niños de sobrepeso y obesidad, que aquellos niños cuyo estado nutricional es normal (4.6%), por lo tanto el estudio a través de la prueba de Chi cuadrado (X^2) y a un 95% de confianza estadística demuestra que existe relación entre el nivel de Autoestima y el estado nutricional, con un valor de $p < 0,05$; por lo tanto se ratifica y valida los resultados obtenidos en la investigación.

CONCLUSIONES

1. En el distrito de San Juan de Lurigancho, más de la cuarta parte de escolares de 10 a 12 años presentaron un nivel de baja autoestima (30,3%) y esto se explica por diversos factores de índole personal, familiar y social.

2. Los escolares de 10 a 12 años del distrito de San Juan de Lurigancho, presentaron un estado nutricional de sobrepeso (17,9 %) y obesidad (10.5%), superando significativamente al estado de desnutrición (0,6%), lo que demostraría que el estado nutricional del escolar en este distrito se encuentra en una etapa de transición y cambio, hallándose mas problemas nutricionales por exceso que por defecto.

3. La investigación ha demostrado que el nivel de autoestima está relacionado de manera significativa con el estado nutricional de los escolares de 10 a 12 años, del distrito de San Juan de Lurigancho, evidenciándose que los estudiantes con baja autoestima y tendencia a baja autoestima presentan altos índices de sobrepeso y obesidad, mientras que la mayoría de escolares con autoestima en riesgo y niveles altos de autoestima tienen un estado nutricional normal; por lo tanto es relevante considerar la autoestima como un factor importante que debe ser considerado en la evaluación del estado nutricional, especialmente de niños en obesidad y sobrepeso, así como dentro de los programas y estrategias preventivo promocionales de salud.

4. Los hallazgos son notables; y en una escala mayor pueden ofrecer esperanza en la lucha para controlar la actual obesidad infantil y porque no también la obesidad adulta, pues desde la etapa de la pubertad se puede identificar estos problemas, tal como lo demuestra el estudio.

RECOMENDACIONES

1. Implementar programas de intervención en las instituciones educativas donde se incluya la promoción de la autoestima en el escolar de los distritos periurbanos.

2. Promover programas de intervención frente a problemas nutricionales, especialmente de obesidad y sobrepeso infantil desde la escuela.

3. Considerar el estado emocional y la autoestima de un niño desde la escuela como factor de riesgo en los problemas nutricionales especialmente de sobrepeso y obesidad, para ahondar en nuevas intervenciones terapéuticas a través de un trabajo multidisciplinario.

4. Se recomienda difundir los resultados a las Unidades de Gestión Educativas Locales de Lima y a las Direcciones de Salud, a fin de establecer estrategias de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BORRELL F. (1986) *Atención Primaria de la salud. Conceptos, organización y práctica clínica*. 3ª ed. España: Doyma.

2. PARVEZ, H. y BISHER, K. (2007) *Obesity and Diabetes in the Developing World. A Growing Challenge*. *New England J. Med*.; 356, 213-215.

3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL PERÚ (INEI). (2001) *Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) 1992/1996/2000. Encuesta de Demografía y de Salud Familiar (ENDES).* Lima: INEI.

4. BELLOCH, A. (1989).*Tratado de Psicología General: Personalidad; una realidad construida*. 2ª ed. España: Alianza.

5. PIÑUEL, I. y OÑATE, A. (2007). *Mobbing escolar: Violencia y acoso psicológico contra los niños*. 1ª ed. España: CEAC.

6. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL" Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2007). *Situación de la Salud Mental en el Perú*. Perú: MINSA- INSM.

7. DIRECCION DE SALUD IV LIMA ESTE (2008). *Morbilidad en Psicología*. Perú: MINSA.

8. HELFER, S. y ALEJOS, R. (2003). *Prevención del Maltrato Infantil "DefensoríasEscolares", Proyecto: "Calidad Educativa y Experiencias Significativas en Fe y Alegría" Financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*, Perú: Federación Internacional de Fe y Alegría.

9. GUIDO, H. y BERGANZA, C. (1994). *Autoestima y Depresión en Adolescentes Guatemaltecos*; [Internet]. Biblioteca Ludwing Von Mises:Guatemala [acceso 15 de julio del 2008]. Disponible en: http://biblioteca.ufm.edu/asp/getficha.asp?skin=&inv=&glx=30019.glx

10. DARLINGTON, A. (2006). *The influence of temperament on weight gain in early infancy*; BMC Medicine [Revista en Internet] [acceso 11 de Setiembre del 2009] Vol. 46, Nº 7.Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16906009?dopt=AbstractPlus&holding=f1000,f1000m,isrctn

11. LEON, G. (1993). *Personality and behavioural vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls Journal of Abnormal Psychology* [Revista en Internet] [acceso 11 de Setiembre del 2009]; Vol. 102, Nº 3. Disponible en: http://psycnet.apa.org/journals/abn/102/3/438/

12. RIVAS, P. y TAPIA, C. (2007) *Características de Personalidad, en Adolescentes entre 16 – 18 años de edad, que presentan Sobrepeso u Obesidad* [Internet].users. udelmar.cl: Chile [acceso 17 de julio del 2008]. Disponible en: http://users.udelmar.cl/loyola/WEBs/psicologia/data/upimages/Articulo_Tesis_Obesidad.pdf

13. TERNOUTH, A. y MAUGHAN, D. (2009) *Childhood emotional problems and self-perceptions predict weight gain in a longitudinal regression model*; BMC Medicine [Revista en Internet] [acceso 11 de Setiembre del 2009]; Vol. 46, Nº 7. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/46

14. CASTAÑEDA, C., MOLINA, F., y HERNÁNDEZ, G. (2006). *Estado Nutricional de escolares en una población del estado de Hidalgo, México* Medigraphic.com [Revista en Internet] [acceso 17 de julio del 2008]; Vol. 10 (4). Disponible en: http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-endoc/e-er2002/e-er02-4/em-er024d.htm

15. PAJUELO, J. y MORALES, H. (2001). *Desnutrición Crónica, Sobrepeso y Obesidad en niños de 6-9 años en áreas urbanas del Perú*; Fundación Instituto Hipólito Unánue*Diagnostico. [Revista en Internet] [acceso 12 de Julio del 2008]; Vol. 40, Nº 4. Disponible en: http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2001/julago01/202-209.html

16. MCKAY, M. (2002). *Autoestima: evaluación y Mejora*. 2ª ed. México: Martínez Roca S.A.

17. ROJAS, L. (2007). *La Autoestima - Nuestra fuerza secreta*, 1º ed. España: Espasa.

18. SADURNÍ, M.(2003). *El Desarrollo de los Niños paso a paso*. 2º ed. España: UOC.

19. ESEO.ipn. (2002). *Desarrollo de la Autoestima*. [Internet]. Eseo.ipn: México, [acceso 21 de julio del 2008]. Disponible en: http://www.eseo.ipn.mx/map/peccle/xtras/peccleculiacan_mazatlanpri_lec_22.pdf

20. SARRIA, J. (2000). *La autoestima en el Ámbito Escolar* [Internet]. Enedsac.edu: Perú, [acceso 21 de julio del 2008]. Disponible en: http://www.enedsac.edu.pe/psico/la_autoestima_en_el_ambito_escolar.pdf

21. PEÑA, M. (2000). *Autoconcepto y Autoestima* [Internet]. casasqueulen.cl: Chile, [acceso 21 de julio del 2008]. Disponible en: http://www.casasqueulen.cl/autoestima.doc

22. MARTINEZ, A. (2003). *Alimentación y Nutrición* [Internet]. mailxmail: Argentina, [acceso 23 de julio del 2008]. Disponible en: www.mailxmail.com/curso/vida/alimentacionmujer/capitulo1.htm - 22k -

23. FAO, (2003) *Alimentación, Nutrición Y Salud* [Internet]. FAO.ORG: Perú, [acceso 23 de julio del 2008]. Disponible en: http://www.fao.org/righttofood/kc/downloads/vl/docs/AH420.pdf

24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2005). *Epidemiología de la Desnutrición* [Internet]. ops.org: Bolivia, [acceso 20 de julio del 2008]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/textocompleto/Perfil-Epi-Esc.pdf

25. SCIELO. (2007), *Valoración Nutricional* [Internet]. scielo: Colombia, [acceso 23 de julio del 2008]. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182004000200007&script=sci_arttext - 44k

26. MINISTERIO DE SALUD. (2009). *Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición* [Internet]. minsa.gob: Perú, [acceso 23 de Enero del 2009]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm

27. WIKIPEDIA (2009), *Malnutrición* [Internet]. wikipedia: España, [acceso 16 de Noviembre del 2008]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Malnutrici%C3%B3n

Anexos

ANEXO A

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de muestra se calculó a través de una estimación de proporción poblacional, tipo prevalencia, incidencia de alguna enfermedad, etc, y se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Zx^2\,(pq)}{P^2}$$

Donde:

Zx = Coeficiente de confiabilidad con un nivel de confianza del 99%, que corresponde a 2.58.

p = proporción estimada por un estudio piloto.=0.24 (Donde el 24% de estudiantes se encuentran con una autoestima baja)

P= Precisión o magnitud de error de 0.05

q= 1-p = 0.76

Remplazando se obtiene, un valor de n= 484

Se calcula la muestra final (n/f) por población conocida (Nc)

$$nf = \frac{n}{1 + n/Nc}$$

Donde:

n = 484

Nc = 10 887

Se reemplaza los datos, obteniendo un valor de nf = 465

La muestra de 465 estudiantes se distribuyó en forma proporcional en estas 12 redes educativas, cogiéndose un colegio por cada red y para esto se utilizó un muestreo de tipo Probabilístico: Muestreo Aleatorio simple

A continuación se presenta el siguiente cuadro que detalla la relación de Instituciones Educativas de San Juan de Lurigancho distribuidas en 12 redes:

RELACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE SAN JUAN DE LURIGANCHO DISTRIBUIDAS EN 12 REDES			
Nº DE ORDEN	**CÓDIGO MODULAR**	**CÓDIGO DE LOCAL**	**NÚMERO Y/O NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**
1	0334987	324405	0043 SAN CRISTOBAL
2	0335091	324429	0073 BENITO JUAREZ
3	0528380	324561	122 ANDRES AVELINO CACERES
4	0339507	325179	1172 CIRO ALEGRIA
5	0339549	325419	1174 VIRGEN DEL CARMEN
6	0339622	325198	1178 JAVIER HERAUD
7	0339655	325202	1179 TOMAS ALVA EDISON
8	0339671	325216	1180 CESAR VALLEJO
9	0496521	325259	ANTENOR ORREGO ESPINOZA
10	0334995	326782	FE Y ALEGRIA 04
11	0664284	324014	0149 JORGE CIEZA LACHOS
12	0510206	325278	MARTIN ESQUICHA BERMEDO
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 01			
1	0335141	324467	0088 NUESTRA SRA. DEL CARMEN
2	0335158	324472	0089 MANUEL GONZALES PRADA
3	0335166	324486	0090 DANIEL ALCIDES CARRION
4	0665430	324858	0160 SOLIDARIDAD I
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 02			
1	0335000	324410	0045 SAN ANTONIO
2	0335083	324981	0071 NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED
3	0335109	324434	0076 MARIA AUXILIADORA
4	0496570	324518	102
5	0510800	325438	0113 DANIEL ALOMIAS ROBLES
6	0528281	324556	121 VIRGEN DE FATIMA
7	0587279	324603	0130 HEROES DEL CENEPA
8	0607416	324636	0134 MARIO FLORIAN
9	0647784	324735	0147 LUIS ALBERTO GARCIA ROJAS
10	0339523	325184	1173 JULIO CESAR TELLO
11	0339697	325221	1181 ALBERT EINSTEIN
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 03			
1	0335174	325339	0091 SANTA FE
2	0335182	324491	0092 ALFRED NOBEL
3	0556548	324523	109 INCA MANCO CAPAC
4	0518548	324537	110 SAN MARCOS
5	0541110	324580	126 JAVIER PEREZ DE CUELLAR
6	0587303	324599	0128 LA LIBERTAD
7	0607457	324679	0138 PROCERES DE LA INDEPENDENCIA
8	0762658	324924	0168 AMISTAD PERU JAPON
9	0777110	324943	0170 SANTA ROSA DEL SAUCE
10	1070390	325155	0171-07 COVARRUBIA LAFUENTE
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 04			
1	0664482	325320	0150 HEROES DE LA BREÑA
2	0665372	324797	0154 CARLOS NORIEGA JIMENEZ
3	0665398	324815	0156 EL PORVENIR
4	0665406	324820	0171-10
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 05			
1	0607465	324684	0139 GRAN AMAUTA MARIATEGUI
2	0629295	324698	0141 VIRGEN DE COCHARCAS
3	0665414	324839	0158 SANTA MARIA
4	0703132	324896	0164 EL AMAUTA
5	0846014	324900	0166
6	0777268	324288	0171-03
7	1070358	325160	0171 08
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 06			

1	0664490	324764	0151 MICAELA BASTIDAS
2	0697557	324877	0162 SAN JOSE OBRERO
3	0703124	324882	0163 CORONEL NESTOR ESCUDERO OTERO
4	0846048	324919	0167 MARIA REICHE
5	1070275	325136	0171-04
6	0762468	325396	ANTONIA MORENO DE CACERES
7	1500982	713848	10 DE MARZO
8	0826024	325283	SAN ANTONIO DE JICAMARCA
9	0762500	326843	FE Y ALEGRIA 37
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 07			
1	0632356	325400	0146 SU SANTIDAD JUAN PABLO II
2	0664508	324778	0152 JOSE CARLOS MARIATEGUI
3	0665422	324844	0159 10 DE OCTUBRE
4	0777201	324962	0171-01 JUAN VELASCO ALVARADO
5	0902049	325240	1183 SAUL CANTORAL HUAMANI
6	0777177	325344	CASA BLANCA DE JESUS
7	0665455	326838	FE Y ALEGRIA 32
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 08			
1	0335067	324759	0069 MACHU PICCHU
2	0510305	324542	116 ABRAHAM VALDELOMAR
3	0541011	324575	125 RICARDO PALMA
4	0590133	324617	131 MONITOR HUASCAR
5	0632323	324721	145 INDEPENDENCIA AMERICANA
6	0777235	324976	0171-02 LAS TERRAZAS
7	0556241	325264	FRANCISCO BOLOGNESI CERVANTES
8	0510404	326819	FE Y ALEGRIA 25
9	1258649	325508	117 SIGNO DE FE
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 09			
1	0509901	325424	0120 MANUEL ROBLES ALARCON
2	0629261	324702	0142 MARTIR DANIEL ALCIDES CARRION
3	0647792	324740	0148 VICTOR RAUL HAYA DE LA TORRE
4	0826321	324783	0153 ALEJANDRO SANCHEZ ARTEAGA
5	0541219	326824	FE Y ALEGRIA 26
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 10			
1	0335133	324453	0087 JOSE MARIA ARGUEDAS
2	0518647	324504	100
3	0826263	325117	0119 CANTO BELLO
4	0590109	324622	0132 TORIBIO DE LUZURIAGA Y MEJIA
5	0607440	324660	0137 MIGUEL GRAU SEMINARIO
6	0826834	324801	0155 JOSE ANTONIO ENCINAS FRANCO
7	0665448	324863	0161 MOISES COLONIA TRINIDAD
8	0826115	324938	0169
9	0847087	325141	0171-05 LOS ANGELES
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 11			
1	0335125	324448	0086 JOSE MARIA ARGUEDAS
2	0607424	324641	0135 TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA
3	0607432	324655	0136 SANTA ROSA MILAGROSA
4	0826081	325004	0140 SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO
5	0632299	324716	0144
6	0777144	324957	0171 BUENOS AIRES
7	0826479	325235	1182 EL BOSQUE
SUB. - TOTAL DE LA RED Nº 12			

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA				
RED	Nº DE INST. EDUCAT.	Nº DE ESTUDIANTES (Población)	MUESTRA	INSTITUCION EDUCATIVA SELECCIONADA POR SORTEO
01	12	1322	56	ANTENOR ORREGO ESPINOZA
02	4	412	18	DANIEL ALCIDES CARRION
03	11	988	42	LUIS ALBERTO GARCIA ROJAS
04	10	965	41	JAVIER PEREZ DE CUELLAR
05	4	354	15	CARLOS NORIEGA JIMENEZ
06	7	767	33	EL AMAUTA
07	9	1150	49	ANTONIA MORENO DE CACERES
08	7	1245	53	JOSE CARLOS MARIATEGUI
09	9	1270	54	RICARDO PALMA
10	5	794	34	MARTIR DANIEL ALCIDES CARRION
11	9	788	34	MIGUEL GRAU SEMINARIO
12	7	832	36	BUENOS AIRES
Total	94	10887	465	

Fh=0.0427, obtenido por N/n (N=10887, n=465)

Como se puede observar el factor de distribución es de 0.0427, obtenido de la división del total de la población y la muestra; este factor de distribución, se multiplica por cada total de estudiantes de cada red, obteniéndose la muestra que se obtendrá de cada red y así conformar la muestra final.

ANEXO B

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

TEST DE AUTOESTIMA PARA ESCOLARES: AUTOR: CESAR RUIZ ALVA

TEST DE AUTOESTIMA PARA ESCOLARES

FICHA TECNICA

- NOMBRE DE LA PRUEBA: TEST DE AUTOESTIMA PARA ESCOLARES
- AUTOR: CESAR RUIZ ALVA / Psicólogo Educacional
  UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO – TRUJILLO, PERU, 2003

- Adaptación y Edición revisada. César Ruiz Alva, Lima, Trujillo – 2003
- Administración: COLECTIVA, pudiendo también aplicarse en forma INDIVIDUAL
- Duración: Variable (promedio 15 minutos)
- Aplicación: Escolares desde 3ero de primaria hasta 2do. de secundaria
- Significación: Evalúa el Nivel general de Autoestima del Alumno.

Se entiende por autoestima al valor que el sujeto otorga a la imagen que tiene de sí mismo, es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el si mismo:

La autoestima positiva se da cuando el individuo se respeta y estima, sin considerarse mejor o pero que los otros y sin creerse perfecto, es decir, cuando el sujeto reconoce sus capacidades y sus limitaciones esperando mejorar, por otra parte, la baja autoestima implica insatisfacción y descontento consigo mismo, incluso el individuo puede llegar a sentir desprecio y rechazo de sí mismo.

La calidad de las experiencias que el sujeto ha tenido desde su infancia, determinarán en definitiva lo que piensa y siente acerca de sí mismo, la persona que se siente amada y que ha tenido experiencias enriquecedoras a lo largo de la vida, podrá aceptarse tal cual es, con sus habilidades, cualidades y defectos, en cambio la que no recibió estímulos de valor respecto a su persona, se enjuicia a sí mismo generalmente en forma negativa.

- Número de ítems 25

- Calificación: Manual y según planilla se otorga 1 punto por respuesta que coincida con la clave. El total se convierte al puntaje normativo general que evalúa el Nivel de Autoestima.
- Normas según NIVELES CUALITATIVOS al transformar el puntaje total.

FUNDAMENTOS TEORICOS LA AUTOESTIMA

Como estimular la autoestima en la Etapa de la Niñez

Quererse a si mismo aceptando los propios logros y limitaciones. Podríamos pensar sobre el autoconcepto, la confianza en sí mismo y en los otros, el hecho de saberse querido básicamente, la aceptación del reto, la motivación por el logro, la superación de sí mismo, la capacidad de aceptar los propios fallos…

Cuando hablamos de la autoestima estamos refiriéndonos al grado de aceptación de si mismo, al grado de estima que profesa hacia su propio concepto.

Se trata de sentirse bien consigo mismo, pero sobre todo se trata de una persona capaz de encariñarse con su propio proyecto de autorrealización.

Un niño está construyendo al crecer el concepto de sí mismo.

Va formándose una idea de quién es, si gusta o no, si es aceptado o no.

Irá creándose unas expectativas acerca de sus posibilidades.

Irá creándose bien, consigo mismo o por el contrario a disgusto con lo que hace.

Se creará un clima, un tono emocional, una predisposición a disfrutar con los retos de la vida; o a padecer, a lamentarse, a ver lo negativo.

Disfrutar, retarse, contemplar la vida desde una perspectiva positiva, de trabajo, con curiosidad, con facilidad para la empatía, con aliciente, desde un punto de vista creativo, intentando superar los problemas…

Por el contrario angustiarse, ser incapaz de ver lo positivo, abrumarse ante cualquier problema, retirarse, o ponerse una máscara.

Estas son las dos posiciones emocionales básicas que descansa en los dos extremos de una autoestima positiva y negativa respectivamente.

ADMINISTRACION

Entregue la hoja de respuestas para que cada alumno coloque sus datos personales.

Luego explique la forma de marca (X) según la lectura de instrucciones.

Asegúrese de que entendieron el procedimiento. Solo hay dos formas de responder. Cuando el alumno tenga dudas entre V o F ("a veces" V o F) debe escoger y marcar la V o F que le ocurre en la mayoría de veces "Mas veces V o más veces F" decide su respuesta en esos casos de dudas.

Indique que los resultados dependerán de cuán honesto sea al contestar.

Puntaje	Nivel de Autoestima
22-25	Alta Autoestima
17-21	Tendencia a Alta autoestima
16	Autoestima en riesgo
12-15	Tendencia a Baja Autoestima
11 o menos	Baja Autoestima

ANALISIS COMPLEMENTARIOS

Se pueden hacer análisis de ítems para analizar cualitativamente cómo respondió en los aspectos siguientes el examinado.

FAMILIA:	ITEMS 6, 9, 10,16, 20, 22
IDENTIDAD PERSONAL:	ITEMS 1, 3, 13, 15, 18
AUTONOMIA:	ITEMS 4, 7, 19
EMOCIONES:	ITEMS 5, 12, 21, 24, 25
MOTIVACIÓN:	ITEMS 14, 17, 23
SOCIALIZACION	ITEMS 2, 8, 11

Sobre la base de datos estos resultados se puede hacer la Orientación a padres y maestros para que se refuerce la Autoestima en los casos que los requieran.

Método de Consistencia Interna:

Los coeficientes van e 0.89 a 0.94 para los diversos grupos estudiados todos los que resultan siendo significativas al 0.001 de confianza (80 casos por grupo – Total 480 sujetos)

Grupo	3ro. Prim.	4to. Prim.	5to. Prim	6to. Prim.	1ro. Sec.	2do. Scc
r1I	0.90*	0.89*	0.92*	0.91*	0.94*	0.92*

* significativo al 0.01 de confianza.

Método Test Retest:

Los coeficientes en promedio van del 0.90 a 0.93 con lapsos de tiempo de dos meses entre prueba y reprueba, estimados, también como significativos al 0.001 de confianza (80 casos por grupo, haciendo un Total 480 sujetos).

Grupo	3ro. Prim.	4to. Prim.	5to. Prim	6to. Prim.	1ro. Sec.	2do. Scc
r1I	0.92*	0.90*	0.92*	0.92*	0.93*	0.90*

- significativo al 0.01 de confianza.

VALIDEZ:

Una forma de probar validez en un test psicológico, se da relacionando un test nuvo con otro ya acreditado y válido, de amplio uso en el diagnóstico psicológico. De allí que se realizaron los estudios de Correlación de los Puntajes totales del test de Autoestima para escolares con los puntajes generales del Test de Autoestima de Coopersmith, Empleando el método de Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson se obtuvieron los resultados de correlación siguientes para los grupos estudiados.

Grupo	3ro. Prim.	4to. Prim.	5to. Prim	6to. Prim.	1ro. Sec.	2do. Scc
r1I	0.75*	0.74*	0.77*	0.74*	0.73*	0.74*

* significativo al 0.01 de confianza.

CALIFICACION

Según la plantilla otorgue 1 punto si la respuesta del niño coincide con la clave o el O si no coincide.

BAREMO / VALORACION

El puntaje total se compara con la tabla siguiente para conocer según el BAREMO su Percentil según el sexo del evaluado.

	Varones	**Mujeres**	**Pc**
95	**25**	**24-25**	**95**
90	24	23	90
85	**23**	**22**	**85**
80	**22**		80
75	21	21	75
74	**20**	19-20	74
72	19	18	72
68	18	17	**68**
65	17		**65**
55	16	16	**55**
45	15	14-15	**45**
40	14	13	40
35	13	12	**35**
30	12		30
25	11	10-11	**25**
20	10	9	20
15	9	8	15
10	8	7	10
7	7	6	7
4	6	5	4
3	5	4	3
2	4	3	2
1	3	2	1
1	2	1	1
1	1		1

El puntaje total se compara con la tabla siguiente para conocer el NIVEL DE AUTOESTIMA

PLANTILLA DE CALIFICACION

PRUEBA DE AUTOESTIMA

(César Ruiz Alva UCV, 2003)

Preguntas del Cuestionario	SI	NO
1. Me gustaría nacer de nuevo y ser diferente de como ahora soy		X
2. Me resulta muy difícil hablar frente a un grupo		X
3. Hay muchas cosas dentro de mi que cambiaría, si pudiera hacerlo		X
4. Tomar decisiones es algo fácil para mi.	X	
5. Considero que soy una persona alegre y feliz	X	
6. En mi casa me molesto a cada rato.		X
7. Me resulta DIFICIL acostumbrarme a algo nuevo		X
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad	X	
9. Mi familia me exige mucho/espera demasiado de mi.		X
10. En mi casa se respeta bastante mis sentimientos.	X	
11.Con mucha facilidad hago lo que mis amigos me mandan hacer.		X
12. Muchas veces me tengo rabia / cólera a mi mismo.		X
13. Pienso que mi vida es muy triste.		X
14. Los demás hacen caso y consideran mis ideas.	X	
15. Tengo muy mala opinión de mi mismo.		X
16. Ha habido muchas ocasiones en las que he deseado irme de mi casa.		X
17. Con frecuencia me siento cansado de todo lo que hago.		X
18. Pienso que soy una persona fea comparado con otros.		X
19. Si tengo algo que decir a otros, voy sin temor y se lo digo.	X	
20. Pienso que en mi hogar me comprenden	X	
21. Siento que le caigo muy mal a las demás personas.		X
22. En mi casa me fastidian demasiado.		X
23. Cuando intento hacer algo, MUY PRONTO me desanimo.		X
24. Siento que tengo MAS problemas que otras personas.		X
25. Creo que tengo más DEFECTOS que CUALIDADES.		X

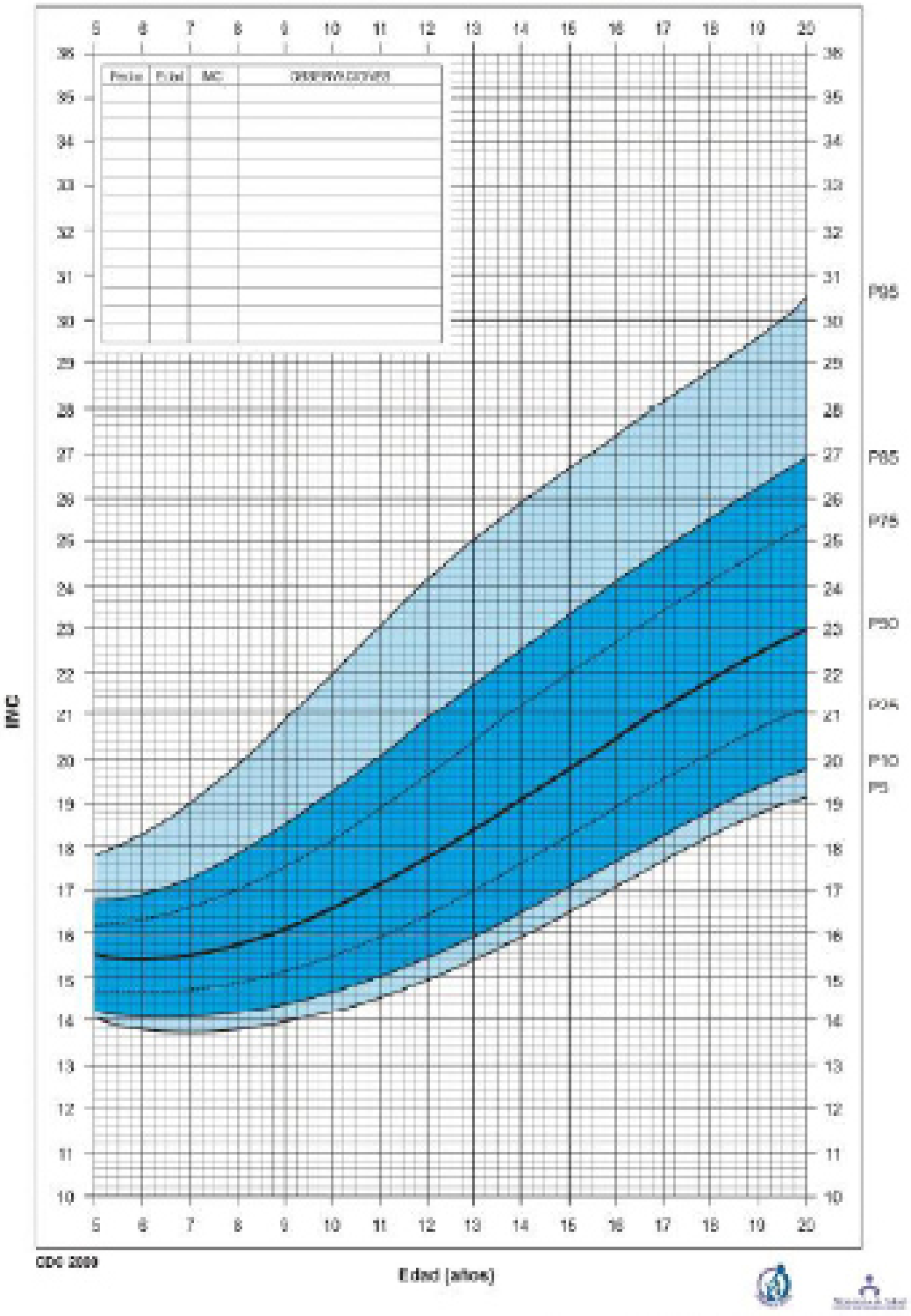
TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA MUJERES –VARONES



VARONES: IMC/EDAD (5 a < 20 años)

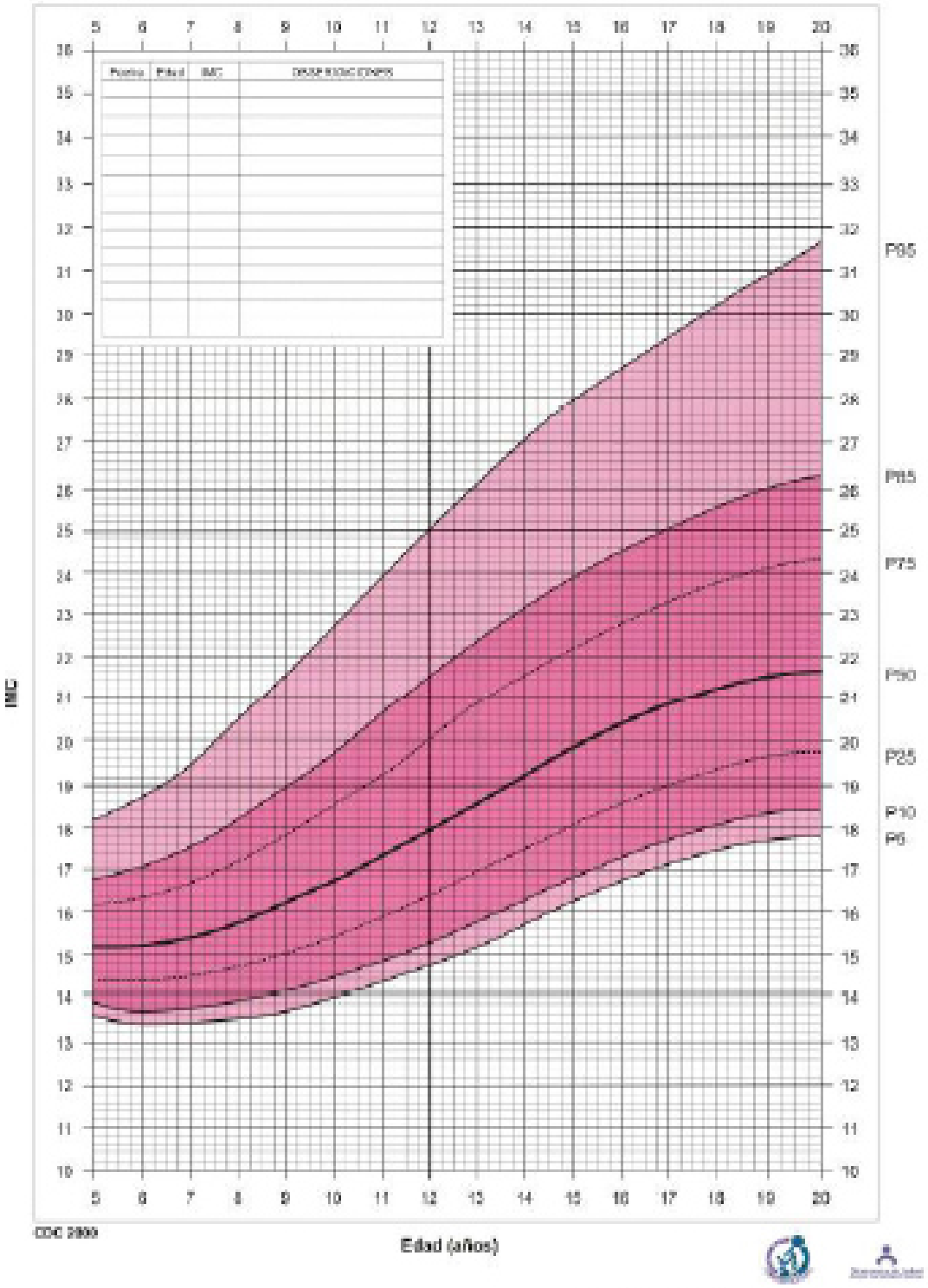
Por Percentiles

Nombre: _____ HC: _____



MUJERES: IMC/EDAD (5 a < 20 años)
Por Percentiles

Nombre: _____ HC: _____



ANEXO C

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

I. Evaluación de la validez

La *validez* del test de autoestima de Oscar Ruiz Alva se realiza con los resultados de la aplicación piloto del mismo a 60 escolares de 10 a 12 años de edad de las I.E. Antenor Orrego y Daniel Alcides Carrión del distrito de San Juan de Lurigancho de la ciudad de Lima y, para su evaluación se emplea la *correlación ítem–test* o *ítem–total*, cuya expresión es:

$$r_{i,x-i} = \frac{r_{ix}S_x - S_i}{\sqrt{S_x^2 + S_i^2 - 2r_{ix}S_xS_i}}$$

Donde:

$r_{i,x-i}$ es el coeficiente de correlación ítem–test corregido,
r_{ix} es el coeficiente de correlación ítem–test,
S_x es la desviación estándar de los puntajes totales de los escolares examinados,
S_i es la desviación estándar de los puntajes del ítem.

Este coeficiente toma valores entre –1 y 1, y los ítems cuyas correlaciones ítem–total arrojen valores mayores a 0,2 son válidos. Las correlaciones ítem–test de Pearson se ilustran a continuación, calculadas con el Statistica v_8.

Cuadro 1
Correlaciones corregidas ítem–test de Pearson del test de autoestima
(25 ítems)

Item	r Corregida de Pearson	Item	r Corregida de Pearson	Item	r Corregida de Pearson
Aut1	0,261	Aut10	0,294	Aut19	0,268
Aut2	0,254	Aut11	0,282	Aut20	0,235
Aut3	0,268	Aut12	0,247	Aut21	0,281
Aut4	0,254	Aut13	0,332	Aut22	0,329
Aut5	0,347	Aut14	0,295	Aut23	0,360
Aut6	0,263	Aut15	0,359	Aut24	0,254
Aut7	0,328	Aut16	0,305	Aut25	0,289
Aut8	0,304	Aut17	0,285		
Aut9	0,269	Aut18	0,272		

En el cuadro 1 se ve que todas las correlaciones corregidas item–test de Pearson son mayores a 0,20, con lo cual se concluye que el test de autoestima es válido.

II. Evaluación de la confiabilidad

La *confiabilidad* del test de autoestima se realiza con los resultados de la aplicación piloto del mismo a 60 escolares de 10 a 12 años de edad de las IE Antenor Orrego y Daniel Alcides Carrión del distrito de San Juan de Lurigancho de la ciudad de Lima y, para su evaluación se emplea el *coeficiente alfa de Cronbach*, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2}\right)$$

Donde:

α es el coeficiente alfa de Cronbach,
S_i^2 es la varianza de los resultados del ítem,
S^2 es la varianza del resultado total del test,
k es el número de ítems

Este coeficiente toma valores entre 0 y 1, y un valor mayor a 0,7 indica que el test es confiable. El coeficiente alfa de Cronbach del test, calculado con el Statistica v_8 es 0,756, con el cual se concluye que el test de autoestima es confiable. Las varianzas necesarias para el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach se detallan en el cuadro 2.

Cuadro 2
Varianzas necesarias para el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach
(25 ítems)

Item	Varianza	Item	Varianza	Item	Varianza
Aut1	0,25311	Aut10	0,20650	Aut19	0,23616
Aut2	0,24718	Aut11	0,19068	Aut20	0,10480
Aut3	0,20650	Aut12	0,24407	Aut21	0,22006
Aut4	0,24718	Aut13	0,23136	Aut22	0,19068
Aut5	0,10480	Aut14	0,24718	Aut23	0,18192
Aut6	0,17260	Aut15	0,21356	Aut24	0,19068
Aut7	0,25395	Aut16	0,21356	Aut25	0,23136
Aut8	0,23616	Aut17	0,23616	Total	19,14576
Aut9	0,25169	Aut18	0,14124		

$$\sum S_i^2 = 5{,}2531$$

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. Padre/Sra. Madre de família

Por la presente se informa que se esta realizando un estudio que busca determinar la relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en el escolar de 10-12 años, en el C.E ”……”
Para lo cual se realizarán las siguientes actividades, el día…. del mes de ……. del 2009:

- Medición del Peso y Talla, a través de una balanza y tallìmetro
- Evaluación de la autoestima, a través de una Escala Psicológica.

CONSENTIMIENTO
En tal sentido:
Yo,
Don/Doña……

MANIFIESTO
Estar informado(a) sobre el proceso de participación en el estudio, donde mi hijo va ha ser partícipe.

Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO voluntario para que se realicen las actividades mencionadas en mi menor hijo.

Y para que así conste, firmo el presente documento.

Lima, de, del 2009

Firma del padre de familia o apoderado
DNI: