

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



SOBREPESO Y OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL
DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA GUSTAVO CASTRO PANTOJA
AYACUCHO 2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. HUAUYA SANCA, Elsa

Bach. SICHA BAUTISTA, Diana Karen

AYACUCHO – PERÚ

2017

*Se lo dedico al forjador de mi camino, a mi
padre celestial, el que me acompaña y siempre
me levanta de mi continuo tropiezo, al creador
de mis padres y de las personas que amo, con
mi más sincero amor. . .*

ELSA

*Esta tesis se la dedico al creador y escultor de
mi vida, a mi padre, mi Dios quien supo
guiarme por el buen camino, darme fortaleza
para seguir adelante y no desmayar ni
desfallecer en el intento. Para mis padres por
su apoyo, comprensión y por ayudarme con
los recursos necesarios para estudiar y cumplir
mis objetivos.*

DIANA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad de Nacional San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería nuestra casa de estudios y alma mater del conocimiento y cultura nacional.

A la Unidad de Gestión Educativa Local N° 38001 de Ayacucho de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja y en especial a la directora Martínez Ore, Rosa Luz, personal docente y a los estudiantes quienes, en su conjunto, fueron pieza angular para la realización de esta investigación.

A la Mg. Celia Maúrtua Galván, Dr. Ruth Anaya Bonilla, Dr. Angélica Ramírez Espinoza, por garantizar el rigor científico, metodológico y ético de la presente investigación.

Al Mg. Arturo Morales Silvestre, Asesor de esta investigación; quien con sus amplios conocimientos y experiencia brindó la orientación para el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vii
ABSTRAC	viii
INTRODUCCIÓN	09
CAPITULO I: REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	14
1.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA	25
1.3. HIPOTESIS	47
1.4. VARIABLES	47
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	49
2.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	49
2.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	49
2.3. DISEÑO DE INVESTIGACION	50
2.4. ÁREA DE ESTUDIO	50
2.5. POBLACIÓN	50
2.6 MUESTRA	50
2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
2.8. ANÁLISIS DE DATOS	52
2.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	52
CAPITULO III: RESULTADO	53
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	73
ANEXO	80

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	48
Tabla 2. Proporción de sobrepeso y obesidad de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	51
Tabla 3. Nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	52
Tabla 4. Sobrepeso y obesidad según el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	53

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	48
Figura 2. Proporción de sobrepeso y obesidad de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	51
Figura 3. Nivel de autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	52
Figura 4. Relacionar el Sobrepeso y obesidad con el Nivel de Autoestima de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.	53

**SOBREPESO Y OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE
AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA GUSTAVO CASTRO PANTOJA. AYACUCHO 2017.**

Autores:

Bach. HUAUYA SANCA, Elsa y

Bach. SICHA BAUTISTA, Diana Karen.

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo con el **objetivo** de determinar si el sobrepeso y obesidad se relaciona con el nivel de autoestima en los adolescentes; **materiales y métodos**, la investigación tiene un enfoque cuantitativo, el nivel es descriptivo, correlacional, transversal, el diseño de investigación fue no experimental; **la población** es de 158 adolescentes de educación secundaria; una **muestra** de 112 adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja del distrito de Ayacucho; la **técnica** empleada fue el cuestionario y la técnica fue la escala de autoestima de Rosenberg, conformado por 10 ítems; y para valorar el sobrepeso y obesidad se aplicó la Gráfica de Crecimiento Corporal CDC 2000: IMC/Edad por percentiles, del Ministerio de Salud (MINSa); para el análisis e interpretación de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia y la estadística inferencial aplicando la prueba no paramétrica Chi - Cuadrada (χ^2) fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Los **resultados** obtenidos fueron el 31.8% tienen un nivel de autoestima alta, que en su totalidad tienen sobrepeso; así mismo el 40.9% presenta un nivel de autoestima media, de los cuales el 36.4% tienen sobrepeso y 4.5% obesidad; finalmente el 27.3% tiene un nivel de autoestima baja, de los cuales el 22.7% tiene sobrepeso y el 4.5% obesidad. En **conclusión**, la investigación ha demostrado que existe una relación significativa entre el sobrepeso, obesidad y el nivel de autoestima

Palabras clave: sobrepeso y obesidad, autoestima, adolescentes.

**OVERWEIGHT AND OBESITY AND ITS RELATIONSHIP WITH
THE LEVEL OF SELF-ESTEEM IN ADOLESCENTS OF THE
EDUCATIONAL INSTITUTE GUSTAVO CASTRO PANTOJA.
AYACUCHO 2017.**

Authors:

Bach. HUAUYA SANCA, Elsa y

Bach. SICHA BAUTISTA, Diana Karen.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining if overweight and obesity is related to the level of self-esteem in adolescents; materials and methods, the research has a quantitative approach, the level is descriptive, correlational, transversal, the research design was non-experimental; the population is of 158 adolescents of secondary education; a sample of 112 adolescents from the Gustavo Castro Pantoja Educational Institution in the district of Ayacucho; the technique used was the questionnaire and the technique was Rosenberg's scale of self-esteem, made up of 10 items; and to assess overweight and obesity, the Body Growth Chart CDC 2000 was applied: BMI / Age per percentiles, of the Ministry of Health (MINSa); for the analysis and interpretation of the data descriptive statistics was used through frequency tables and statistics inference! applying the Chi - Square non - parametric test (χ^2) setting the level of significance at $P < 0.05$. The results obtained were 31.8% have a high level of self-esteem, which in total are overweight; Likewise, 40.9% have an average level of self-esteem, of which 36.4% are overweight and 4.5% are obese; Finally, 27.3% have a low level of self-esteem, of which 22.7% are overweight and 4.5% are obese. In conclusion, the research has shown that there is a significant relationship between overweight, obesity and the level of self-esteem.

Keywords: overweight and obesity, self-esteem, adolescent

INTRODUCCIÓN

La obesidad y sobrepeso ha ido incrementando progresivamente en los países industrializados y en países en vías de desarrollo, por lo que la obesidad es considerada un problema de salud pública a nivel mundial y catalogado, según la Organización Mundial de la Salud, como «La epidemia del siglo XXI» presenta gran impacto en la calidad de vida, gasto sanitario y morbimortalidad y se presenta en cualquier nivel socioeconómico, es un problema muy frecuente en niños y adolescentes que puede mantenerse hasta la vida adulta. ¹ la obesidad es considerada como una enfermedad crónica no transmisible, y contribuye en forma importante al aumento en la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas que representan la primera causa de muerte en la sociedad actual, alteraciones en la conducta y pérdida de la autoestima.²

La adolescencia es una etapa muy importante donde se dan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Ellos van cambiando su estructura corporal y mental, su imagen corporal está estrechamente relacionada con su peso por lo que

una importante ganancia de peso, que significaría presentar obesidad o sobrepeso, se acompaña de insatisfacción corporal de parte del adolescente.¹

Según la Organización Mundial de la Salud 2016, en el 2014, más de 1900 (39%) millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 (13%) millones eran obesos, mientras que en 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad.³

En América Latina, países como Argentina, Chile, México, Venezuela y Uruguay revelan un aumento de casos de obesidad y muestran que alrededor del 50% de su población tienen sobrepeso y más del 15% es obeso.⁴

De igual manera el Perú está en un proceso de transición epidemiológica, donde no se ha solucionado los problemas de desnutrición y ya cuenta con altas tasas de obesidad infantil (10% en niños menores de cinco años).⁵

La Encuesta Nacional del Hogar (2012-2013); demuestran una problemática silenciosa que vienen afectando a la población escolar, siendo más crítica la situación en las Instituciones ubicadas en las zonas urbanas,⁶ como es la Institución Gustavo Castro Pantoja; la obesidad como problema de salud pública es influido por los cambios socioculturales que han propiciado la modificación en los hábitos alimentarios y el aumento de actividades sedentarias; el incremento en el consumo de comida rápida, el uso de tecnología de juego que las mantiene sentados horas y horas al adolescente, etc.; esta realidad se presenta en hogares, escuelas y espacios laborales sobre todo en zonas urbanas. Esta problemática también conlleva a otros

efectos como son la baja autoestima en los adolescentes; por tanto, el intervenir sobre la relación de estos problemas nos permitirá brindar información oportuna a los decisores políticos y al sector salud, educación a fin de que puedan intervenir desde el sector que le corresponde.

En la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, donde nos ha permitido identificar problemas de los adolescentes obesos que mostraban inquietud por las dietas para bajar de peso, se escuchaba expresiones como “me veo gorda”, “estoy fea”, “deseo bajar de peso”, “quisiera una dieta efectiva para bajar de peso”, “mis compañeros y familiares se burlan”, entre otras expresiones; ellos evitaban consumir carbohidratos, azúcares y grasas, quizá porque consideran que la contextura delgada es sinónimo de belleza, creencia que ha promovido los medios de comunicación masiva a través de la publicidad de diferentes productos, donde las protagonistas son varones y mujeres esbeltas. Además tengamos en cuenta que los adolescentes son una población vulnerable, que se encuentra expuesta a diversos factores que puedan desencadenar problemas posteriores afectando su calidad de vida; así estaría reduciéndose los impactos negativos del problema de autoestima en la población escolar como el incremento de bullying, la deserción escolar, bajo rendimiento académico; En este sentido, surge el interés de realizar la presente investigación, **SOBREPESO Y OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GUSTAVO CASTRO PANTOJA. AYACUCHO 2017.** Para el cual nos hemos planteado el problema de la investigación formulado en los siguientes términos ¿Cuál es la relación que existe entre el sobrepeso y la obesidad con el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Gustavo

Castro Pantoja? Ayacucho 2017? El objetivo propuesto fue determinar la relación que existe entre el sobrepeso y obesidad con el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja; mientras que los objetivos específicos son:

- a. Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja.
- b. Determinar la proporción de sobrepeso y obesidad en adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja.
- c. Identificar el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja.
- d. Relacionar el sobrepeso y obesidad con el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja.

La hipótesis propuesta fue:

Hi: El sobrepeso y obesidad se relaciona significativamente con el nivel de autoestima, en los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017.

Ho: El sobrepeso y obesidad no se relaciona significativamente con el nivel de autoestima, en los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, Ayacucho 2017. Por lo que el diseño de investigación se enmarcó en el enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, correlacional y de corte transversal, de tipo no experimental. La muestra probabilística sistemática fue de 112 adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja en el Distrito de Ayacucho. La técnica de recolección de datos fue observacional y el cuestionario, mientras que

los instrumentos fueron las tablas de crecimiento de los CDC para el IMC por edad y la escala de autoestima de Rosenberg. En el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia y la estadística inferencia aplicando la prueba no paramétrica Chi - Cuadrada (X^2).

Los resultados de la investigación determinaron que: En relación entre el sobrepeso y obesidad y el nivel de autoestima en adolescentes, el 31.8% tienen un nivel de autoestima alta de los cuales en su totalidad tienen sobrepeso; mientras el 40.9% tienen un nivel de autoestima medio de los cuales el 36.4% tienen sobrepeso y el 4.5% obesidad; finalmente el 27.3% tienen un nivel de autoestima baja, de los cuales el 22.7% tienen sobrepeso y el 4.5% obesidad. En conclusión, aplicada la prueba estadística del chi (x^2), existe una relación significativa entre el sobrepeso y obesidad y el nivel de autoestima ($p < 0.05$). Estos hallazgos permiten a las autoridades de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja en la toma de decisiones para fomentar el nivel de autoestima y prevenir los trastornos de conducta alimentaria en el grupo de estudiantes con sobrepeso y obesidad.

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

Según la Organización Mundial de la Salud (2016); el sobrepeso y la obesidad es un problema de salud que ha incrementado considerablemente en los últimos años y ha adquirido un impacto a nivel mundial. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años) ha aumentado de forma espectacular, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016³

Según Rodríguez B.J, Bastidas M, Genta G, et. al. (Colombia 2016); en su estudio. “Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Escolares de 10 a 14 años con Sobrepeso y Obesidad en la Ciudad de Medellín, Colombia”, Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo comparativo en una muestra probabilística con 679

escolares participantes de ambos sexos, con edades entre los 10 y 14 años de edad, aplicando el instrumento para determinar el estado nutricional fue el ANTHRO-PLUS y para medir CVRS utilizó el KIDSCREEN-27. Teniendo como resultados: el 24 % de los participantes tenían exceso de peso, 19.9 % de ellos con sobrepeso y el 4.1 % con obesidad. En relación con la CVRS, los escolares con sobrepeso y obesidad se perciben con más problemas de actividad física y salud (AF) y menos aceptación social (AS). Para los hombres, el exceso de peso afecta las posibilidades de realizar la misma actividad física que sus pares, convirtiéndose fácilmente en objeto de burla e intimidación. Para las mujeres, la percepción de su CVRS no varió significativamente tuvieron normo o sobrepeso. Conclusiones: la percepción de CVRS de los escolares no es homogénea, está afectada por la edad, el sexo y los condicionantes culturales alrededor de la construcción de la imagen corporal.⁷

Según Contreras V.J, Hernández G. L, Freyre M. (México, 2016); en su estudio. “Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad”. El propósito de la presente investigación fue estudiar la posible asociación entre los constructos insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad de las cuales participaron 231 preadolescentes de entre 10 y 13 años de edad de la Ciudad de México, a quienes se clasificó en los grupos obesidad, sobrepeso y peso normal para el primer análisis, y en 4 grupos de acuerdo con su índice de masa corporal y sus niveles de insatisfacción corporal para el segundo análisis. Las participantes respondieron el cuestionario de imagen corporal BSQ16, la prueba de autoestima infantil y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Por medio de análisis de varianza se encontró que las niñas con sobrepeso y aquellas con obesidad presentaron más insatisfacción corporal que sus

pares con peso normal. Las niñas de cualquier peso y mayor insatisfacción corporal mostraron menor autoestima y más síntomas de depresión que aquellas con insatisfacción corporal no elevada. La obesidad se asoció con la insatisfacción corporal de las preadolescentes, y solo se relacionó con su autoestima y depresión cuando existieron niveles altos de insatisfacción corporal. Sin embargo, la insatisfacción corporal no medió la relación entre la obesidad y la autoestima, ni entre la obesidad y la depresión. ⁸

Según Sánchez A. J, Ruiz M. A. (México 2015); en su estudio. “Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad”. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre autoestima e imagen corporal en niños mexicanos con obesidad. Se realizó una investigación transversal y correlacional, donde participaron 270 niños mexicanos, de 8 a 11 años. Se midieron peso y talla para seleccionar a los niños con obesidad (percentil IMC > 95). Se aplicaron instrumentos de autorreporte para autoestima (Cuestionario de autoestima IGA-2000) e imagen corporal (Siete figuras de Collins). Los resultados indican que el 12.22% de los niños presentaron obesidad, de los cuales 94% tenían autoestima baja y se identificaron con una figura corporal de menor peso; asimismo se confirmó la relación entre autoestima e imagen corporal percibida ($r = .61$). Se discute sobre el índice de obesidad, la percepción devaluada de la autoestima e insatisfacción corporal en niños mexicanos con obesidad. ⁹

Según Hidrogo S. J. (México, 2014); en su estudio. “Influencia de los Factores Psicosociales en el Sobrepeso y Obesidad en Jóvenes”. El diseño del estudio fue transversal-Analítico, se llevó a cabo en la Preparatoria Industrial y Escuela Técnica

Álvaro Obregón con estudiantes inscritos en el 3er semestre en el periodo Agosto–diciembre 2013 de 15 a 18 años de edad (N=747). Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios escala de autoestima de Rosenberg (1965), el Índice de Masa Corporal y percepción de la imagen corporal de Osuna–Hernández (2006) e Inventario de actividad física habitual para adolescentes (IAFHA) (2008) y el Cuestionario APGAR familiar (1978), los hallazgos encontrados demostraron con respecto a la prevalencia fue de un 25.6% con sobrepeso y obesidad en los alumnos de esta preparatoria, el nivel de autoestima fue bajo, con una media de 25.2 ± 3.1 puntos (normal) y 25.2 ± 2.5 (sobrepeso-obesidad), y 3.2 ± 1.4 (sobrepeso-obesidad); Funcionabilidad familiar con una media de 7.9 ± 2.0 puntos (normal) y 7.8 ± 1.4 (sobrepeso-obesidad), en relación a la división por categorías de IMC, no presentaron diferencias significativas, únicamente en Imagen corporal deseada y percibida. Asimismo, se concluye con ello que la distorsión corporal presente en los adolescentes es un punto crucial que se tiene que atender además de la alimentación y de la actividad física en los tratamientos contra la obesidad.¹⁰

Según Aristizabal V.P, García C. D, Vélez A. C. (Colombia 2011); en su estudio. “Asociación de los Determinantes Sociales de la Salud y Calidad de Vida con el Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes entre 15 y 19 años de Manizales 2011 - Estudio de Casos y Controles”. Tiene como Objetivo determinar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud, con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años del municipio de Manizales. Su estudio fue analítico de casos y controles, en 256 adolescentes (128 casos y 128 controles), residentes en el municipio de Manizales. Los casos jóvenes de 15 a 19 años con IMC ≥ 25 kg/m² (sobrepeso y obeso), y los controles jóvenes

de 15 a 19 años con IMC entre 18,5 y 24,99 kg/m², fueron pareados por edad y género 1:1. Se aplicó el SF-12 (versión española) y cuestionario Kiddo-Kindl. El resultado promedio de edad de los adolescentes fue de 17 años, 57,8% mujeres; promedio de IMC = 24,27 kg/m²±3,82 kg/m². En relación a los determinantes sociales de la salud, no se encontró asociación entre el nivel de escolaridad, seguridad social en salud y el estrato socioeconómico y el sobrepeso y la obesidad; el nivel de escolaridad del representante legal resulta ser un factor protector para la presencia de obesidad en el adolescente (OR = 0,44, IC 95% = 0,21-0,94, p = 0,031). Se encontraron diferencias significativas en los promedios.¹¹

Según De Abreu C, C. A, Rojas M, N. (Venezuela-Mérida 2011); en su estudio. “Asociación entre Autoestima, Imagen Corporal e Índice de Masa Corporal”. El objetivo general del estudio fue determinar la relación entre autoestima, imagen corporal e índice de masa corporal de las adolescentes del 1er año del ciclo diversificado de la Unidad Educativa “Colegio José Félix Ribas”. Se utilizó un estudio descriptivo, de campo transversal. La muestra fue de 37 alumnas que actualmente están cursando sus estudios de educación media y diversificada (1er año) de la Unidad Educativa “Colegio José Félix Ribas” ubicada en el Municipio Campo Elías, Ejido Estado Mérida. Se determinó peso, talla y se clasificó el IMC según normas de la OMS. Se aplicó un test de autoestima (AESTI) a cada adolescente. Se encontró que las adolescentes con sobrepeso presentaron menor autoestima que las de peso normal, lo que fue estadísticamente significativo. En conclusión, la relación entre autoestima, imagen corporal e IMC de las adolescentes de 1ero del ciclo diversificado fue significativa, ya que cada variable se ve afectada por el IMC.¹²

Según Hernández A.G. (Colombia 2011), en su estudio “Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad, y Factores de Riesgo, en Niños de 7-12 años, en una Escuela Pública de Cartagena Septiembre- octubre de 2010”; cuyo Objetivo fue determinar la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad, e identificar, los factores de riesgo en niños de 7 a 12 años, de la Institución Educativa John F. Kennedy de Cartagena, con una muestra de 269 escolares. Los resultados indican que el exceso de peso afecta al 24,1% de los escolares: sobrepeso 15,99 % y obesidad 8.18%. La prevalencia de sobrepeso en hombres, fue de 58,14% y en mujeres, de 41,86%. La prevalencia de obesidad en hombres fue de 59,09%, mientras que en mujeres fue 40.91%; el grupo de 10 a 12 años, es el que presenta mayor porcentaje de sobrepeso (65,12%), y de obesidad (64,63%). El grupo estudiado presenta conductas alimentarias no adecuadas y un nivel de actividad física bajo, predominio de poca actividad física diaria, escasa práctica de deportes, un promedio elevado de horas frente al televisor, a los videojuegos o al computador.¹³

Según el Instituto Nacional de Salud (Perú 2015); en su estudio. “Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida; 2012- 2013”. Tiene como objetivo describir el estado nutricional de la población peruana por etapas de vida a nivel nacional. Se realizó un estudio observacional y transversal. Se incluyó a todos los miembros residentes en los hogares de la muestra de la Encuesta Nacional de Hogares. Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. El total de hogares incluidos fue de 11 358. Las mediciones antropométricas se realizaron según metodología internacional. La evaluación nutricional de los niños y adolescentes de 5 a 19 años se realizó mediante los coeficientes Z del IMC para la edad. Se realizó el análisis para muestras complejas en SPSS y se ajustó por factor de ponderación. Se calculó

estadísticas descriptivas con intervalo de confianza de 95%. El sobrepeso en adolescentes fue de 17,5% (IC95%: 16,2-18,9) y la obesidad fue de 6,7% (IC95%: 5,8-7,7). La prevalencia de sobrepeso en los jóvenes fue de 30,7% (IC95%: 28,8-32,7) y la obesidad de 9,9% (IC95%: 8,7-11,4). En conclusión, los problemas nutricionales por deficiencia y por exceso de peso coexisten en el Perú, constituyéndose el sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública.¹⁴

Según Aguilar C.et. al. (Perú 2010) en su estudio. “Depresión y Autoestima en Adolescentes con Obesidad y Sobrepeso”. Basado en datos de bibliografía DOYMA, SCIELO, PUBMED, BIREME, LILACS, además de investigaciones científicas publicadas en páginas web institucionales y tesis para nivel de maestría para determinar la relación de la obesidad y el sobrepeso con la baja autoestima y depresión en adolescentes de ambos sexos entre los 6 y 19 años. Los resultados de esta investigación determinan que existe una relación inversa entre la autoestima y la obesidad, con respecto a la depresión, la relación encontrada es directa. Además, se identifica que el grupo femenino se ve más afectado en relación al masculino, debido a la cultura social.¹

Según Blas S. Y, Loja C.J. (Trujillo 2015); en su estudio. “Estado Nutricional y Nivel de Autoestima del Escolar de la Institución Educativa N° 80008 “República Argentina”, Trujillo. 2015”. Tiene como objetivo determinar si el estado nutricional se relaciona con el nivel de autoestima de los escolares, se realizó un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal; en el cual se estudió una muestra aleatoria de 92 escolares con edades entre 10 y 12 años matriculados en la Institución Educativa N° 80008 “República Argentina” del distrito de Trujillo

durante el año académico 2015. Todos los escolares tuvieron que responder la escala de autoestima de Rosenberg, además fueron pesados y tallados a fin de obtener su índice de masa corporal que permitió definir su estado nutricional. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Se encontró que el estado nutricional de los escolares de la Institución Educativa N° 80008 “República Argentina” de Trujillo en el año 2015 fue: eutrófico 34.8%, sobrepeso 34.8% y obesidad 30.4%. El nivel de autoestima de los escolares fue alto 54.3%, medio 35.9% y bajo 9.8%. Concluyéndose que el estado nutricional no se relacionó significativamente con el nivel de autoestima de los escolares.¹⁵

Según El Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú 2014); se realizó una encuesta a nivel nacional, el 17,5% de las personas de 15 y más años de edad sufren de obesidad. En la distribución por sexo, el 26,2% de personas obesas son mujeres y el 14,4% hombres; encontrándose una diferencia de 11,8%. Según el área de residencia, en el área urbana el 21,3% resultaron ser obesos y en el área rural el 6,6%. Respecto a los departamentos, sobresalen en, Tacna con 25,6%, Ica con 24,6%, la Provincia Constitucional del Callao con 24,2%, Moquegua con 24,1% y Lima con 23,6%, Ayacucho con 8.1 %. En la población de 15 y más años de edad, el 52,2% padece de exceso de peso. El 57,9% de las mujeres tienen exceso de peso, 7,8 puntos porcentuales más que los hombres, 50,1%. Por región natural, en Lima Metropolitana alcanzó un a 64,1%, Costa sin Lima Metropolitana a 58,1%, Selva, 43,1% y la Sierra, 38,2%.¹⁶

Según Cisneros N. E, Manuyama A. k, Saldaña H.A. (Iquitos 2012); en su estudio. “Nivel de Autoestima y Estado Nutricional de los Adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Teniente Manuel Clavero”. La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el Nivel de autoestima y el estado nutricional de los adolescentes; en una población de 340 y una muestra constituida de 180 adolescentes del 3ro al 5to Grado de secundaria del turno mañana. Se empleó el método cuantitativo, con diseño no experimental, transversal, correlacional; y se utilizó las técnicas de Encuesta y Técnica Procedimental de Valoración Peso/Talla para la edad, así mismo se empleó los instrumentos Escala de valoración de la Autoestima de Rosemberg que consta de 10 ítems que evalúa la autoestima en dos niveles: Alta y bajo, la Ficha de Valoración de Crecimiento Corporal Varón y Mujer, balanza de plataforma mecánica y el tallímetro fijo. Para el análisis e interpretación de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia y la estadística inferencial aplicando la prueba no paramétrica Chi - Cuadrada (χ^2) con nivel de significancia de 0,05 para establecer la relación entre las variables. En cuanto a los resultados, referente a la variable autoestima se obtuvo que de los 180 adolescentes encuestados el 63,9% (115) presentaron autoestima alta y el 36,1% (65) autoestima baja; al evaluar el estado nutricional se obtuvo que el 71,1% (128) presentaron estado nutricional normal, el 15,0% (27) adelgazado y el 13,9% (25) en sobrepeso, no se reportó casos de obesidad. En el análisis bivariado se determinó que del 16,4% (27) de adolescentes con estado nutricional adelgazado el 8,9% (16) presentaron autoestima alta y el 6,1% (11) autoestima baja; asimismo del 71,1% (128) con estado nutricional normal, el 50,0% (90) presentaron autoestima alta y el 21,1% (38) autoestima baja; finalmente del 13,9% (25) que

presentaron sobrepeso, el 8,9% (16) tuvieron autoestima baja y el 5,0% (9) autoestima alta. Se concluye que de un total de 180 (100%) estudiantes adolescentes, la mayoría presenta autoestima alta, como también un estado nutricional normal, por lo tanto, al realizar la prueba de hipótesis se evidencia que la Autoestima y el Estado Nutricional de los adolescentes tienen relación estadísticamente significativa.¹⁷

Según Coras B.D. (Lima 2009); en su estudio. "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." El propósito de la 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, 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.¹⁸

Según Monzón P.L. (Lima – Perú 2012); en su estudio. “Autoestima según Género en el cuarto grado de primaria de Instituciones Educativas de la Red 6 de Ventanilla”, con el propósito de determinar si existen diferencias en la autoestima según género en alumnos del cuarto grado de primaria de las Instituciones Educativas de la Red N° 6 del distrito de Ventanilla. Los participantes fueron 191 estudiantes que pertenecen a un bajo nivel socio económico. El tipo de estudio es

descriptivo comparativo. El instrumento que se aplicó fue el Test de Autoestima – 25 de Ruiz (2003). Los resultados obtenidos mostraron que no existen diferencias significativas según género en lo que se refiere a la autoestima en los aspectos de la familia, identidad personal, autonomía, emociones, motivación y socialización; tampoco existen diferencias significativas según género tomando en cuenta los niveles de autoestima.¹⁹

Según el Instituto Nacional de Salud (2010); en su informe ejecutivo. “Ayacucho- Situación Nutricional” La desnutrición global continúa con una leve disminución, afectando a casi 1 de cada 22 niños, aunque la desnutrición aguda, se mantiene sin variación y afecta a casi 1 de cada 62 niños. El sobrepeso y la obesidad, en los menores de 5 años permanece estacionaria y el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) ha aumentado afectando a 1 cada 15 niños. En el grupo etario de 10 a 19 años (adolescentes), la delgadez se incrementa comparada con los niños de 5 a 9 años. La región aún mantiene indicadores de normalidad superiores al 90%. Las proporciones de sobrepeso y obesidad se mantienen respecto a los niños de 5 a 9 años, pero por debajo de la prevalencia nacional. Siendo el 6.6 % de los adolescentes representa a Ayacucho (el 11% a nivel nacional) mientras el 0.5 % presentan obesidad en Ayacucho (3.3% a nivel nacional).²⁰

1.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA.

1.2.1. Estado Nutricional

El estado nutricional del individuo es un elemento primordial para el mantenimiento o recuperación de la salud, se traduce como la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y situación fisiológicas. La evaluación nutricional

mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo, relacionados con la nutrición, identifica el origen y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que ayuden a identificar aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos (alimentación por defecto y por exceso) o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.⁹

1.2.2. El Sobrepeso

Este término es usado para indicar el exceso de peso que una persona tiene. Cuando alguien tiene sobrepeso significa que su cuerpo pesa más de lo que debería pesar un cuerpo de esa contextura, sexo y edad para que sea considerado normal. Se considera sobrepeso cuando el infante se encuentra entre el percentil 85 a 95.

1.2.3. La Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, es la enfermedad de nutrición más importante en los países desarrollados en donde su prevalencia ha aumentado rápidamente. Sin embargo, aun en los países en vías de desarrollo, en donde los problemas de nutrición se relacionan a la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad están aumentando en tasas alarmantes. La obesidad se puede definir como una excesiva de masa corporal que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un periodo prolongado lo que ocasiona un aumento del peso corporal. Se considera obesidad cuando el percentil es mayor que 95.²¹

1.2.4. Etiopatología del sobrepeso y obesidad:

A. Factores Biológicos

- **Factores genéticos**

La obesidad es un problema de origen multifactorial, en el que la predisposición genética se traduce en una mayor susceptibilidad individual a la ganancia de peso en un entorno propicio. A partir de estudios de pares de mellizos las estimaciones del grado de heredabilidad de la obesidad son altas, por encima del 80% de la varianza del fenotipo, mientras que las derivadas de estudios de adopción son bajas. Dependiendo del grado de parentesco y de la sobrecarga ponderal de los padres (uno o los dos padres obesos) la heredabilidad fluctúa entre el 25% y el 40%. Existe evidencia de que en las familias con uno o dos de los padres con obesidad mórbida el riesgo de tener un hijo obeso es doble o triple. Dentro de los determinantes nutricionales que pudieran atribuirse a diferencias genéticas, parece que las personas con mayor susceptibilidad a la sobrecarga ponderal tienen una mayor apetencia por el consumo de lípidos que los normo peso, tienen también diferencias en el gasto metabólico en reposo, mejor depósito eficacia del depósito graso a partir de los excedentes de energía y una menor capacidad de oxidación de los lípidos.²²

- **Factores Hormonales**

La disminución en la producción de hormonas tiroideas, tiroxina y triiodotironina, las cuales son necesarias para el consumo de azúcares por parte del organismo, suele acompañarse de un aumento de peso. La prescripción de estas hormonas solo está justificada si se comprueba que efectivamente existe una baja de producción de las mismas, pero no para bajar de peso. En el hiper-funcionamiento de las glándulas suprarrenales, síndrome de Cushing, existe un aumento en la producción de

corticosteroides, hormonas que favorecen la retención de líquidos y el aumento de peso.²³

B. Factores Sociodemográficos.

- **Edad y sexo:**

En casi todos los estudios la prevalencia de obesidad es más elevada en el subgrupo femenino y aumenta a medida que avanza la edad, especialmente en las mujeres con menor nivel de instrucción. Estas diferencias en las distribuciones en función de la edad, el sexo y el nivel de instrucción también se pudieron apreciar en España.

Los índices ponderales y la prevalencia de obesidad aumentan con la edad en hombres y en mujeres obteniendo un valor máximo en torno a los 60 años. Este hecho expresa cambios en la composición corporal que acontecen con la edad, con un descenso progresivo de la masa magra y un aumento de masa grasa.

- **Nivel cultural:**

En la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre la obesidad se ha observado una relación inversa entre el nivel cultural y la prevalencia de obesidad, de manera que a menor nivel de instrucción la prevalencia de obesidad es más elevada.

- **Nivel socioeconómico:**

La influencia del nivel socioeconómico es diferente en los países en vías de desarrollo con relación a los países desarrollados. En general, en los países desarrollados la prevalencia de obesidad es mayor en los grupos socioeconómicos más deprimidos; por el contrario, en los países en vías de desarrollo es un problema

que afecta con mayor frecuencia a los grupos sociales más acomodados y especialmente a aquellos colectivos que han incorporado estilos de vida occidentales.²²

- **Cambios en el patrón de alimentación**

El proceso de modernización y reestructuración socioeconómica en los países desarrollados y en vías de desarrollo, ha modificado los hábitos alimentarios, por ejemplo: el consumo de dietas hipocalóricas, ricas en grasas y azúcares, el consumo de alimentos de alta densidad energética, especialmente aquella como la llamada “comida rápida” o “comida chatarra” y un bajo consumo de frutas y verduras.

- **Sedentarismo**

Con respecto a los factores de actividad física, existe una clara relación entre el sedentarismo y la acumulación de grasa. Los niños han disminuido su actividad física en las dos últimas décadas, practican juegos cada vez más sedentarios (videojuegos, juegos en el computador), y han disminuido la práctica deportiva, dedicando muchas horas a ver la televisión.¹²

- **Industrialización y urbanización.**

En las últimas décadas el proceso de urbanización en los países desarrollados se ha acompañado de una progresiva disminución del gasto calórico en los procesos productivos, en la realización de las tareas diarias con la popularización de los electrodomésticos, la utilización preferente del transporte público o bien del automóvil privado en los desplazamientos, disponibilidad generalizada de ascensores, etc.

En este mismo sentido, ha disminuido el grado de actividad física realizado en el medio escolar y la dedicación principal del tiempo de ocio a la práctica de actividades sedentarias, como el video juego, la televisión, etc. Esta disminución global del gasto energético en los hábitos de vida no se compensa en su totalidad con la disminución en la ración energética observada en los países industrializados en la última década. Se han postulado algunos modelos políticos de proyección de la sobrecarga ponderal, que sugieren que para el año 2030 el 100% de la población norteamericana puede tener un IMC superior a 27.²²

C. Factores Psicológicos

Los hijos de madres o padres solteros, parejas divorciadas o separadas, alcohólicos o adictos, muestran con mayor frecuencia, que los que viven en familias integradas y sin desviaciones, alteración de las conductas y hábitos de alimentación, que se manifiestan como sobrepeso, obesidad, desnutrición, o bulimia. Del 20 al 40% de los adolescentes con obesidad severa (grado III o mórbida) son “comedores compulsivos”. Los comedores compulsivos muestran preocupación por su figura y su peso; así como, síntomas de depresión y ansiedad con baja autoestima cuando se comparan con obesos no compulsivos.²⁴

1.2.5. Clasificación de sobrepeso y obesidad

a. Según distribución de grasa corporal

La distribución regional de la grasa corporal desempeña una especial importancia en la morbimortalidad asociada a la obesidad, de allí el interés de establecer criterios clínicos que nos sirvan para medir. La adiposidad se puede distribuir en dos patrones característicos:

- **Central, androide o abdominal:** es la que se localiza alrededor de la cintura, está compuesta por grasa subcutánea y grasa visceral (perivisceral), siendo esta última la que se asocia con un aumento en riesgo cardiovascular y síndrome metabólico.
- **Periférica, ginecoide o glúteo – femoral:** formada por grasa subcutánea que se localiza alrededor de los glúteos y muslos, predomina en mujeres y su aumento no se relaciona con el riesgo cardiovascular.²⁵

b. Según al exceso de peso corporal

En términos generales, el peso corporal se correlaciona directamente con la grasa corporal total, de manera tal que resulta un parámetro adecuado para "cuantificar" el grado de obesidad.²⁶

En la práctica clínica es la primera herramienta utilizada para valorar el grado de sobrepeso. Ello se logra en base a:

Tablas de peso: Usadas como referencia; sexo, talla, raza y constitución física, las mismas fueron diseñadas por Compañías de Seguros de Vida; su uso ampliamente difundido se basa en la observación de diferencias notorias del riesgo de mortalidad entre grupos de individuos obesos con respecto a individuos de " peso deseable" para su edad y sexo.

Índices: El más comúnmente usado es el **IMC o BMI** calculado de la siguiente manera: **IMC= Peso/ Talla².**

Clasificación de IMC según la OMS:

IMC	CATEGORÍA
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,5
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	>40,0

Clasificación IMC Adolescentes y niños (COLE, 2000).²⁷

CATEGORIA DEL NIVEL DE PESO	RANGO DE PERCENTIL
Bajo peso	< Percentil 5.
Eutrófico	≥ Percentil 5 y < percentil 85.
Sobrepeso	≥ Percentil 85 y < percentil 95.
Obeso	≥ Percentil 95.

C. Según su origen:

- **Exógena:** es la que se da por un exceso de ingestión de alimentos e incrementada por el sedentarismo.
- **Endógena:** es la producida por un desequilibrio en el metabolismo de la persona.²⁸

1.2.6. Consecuencias del sobrepeso y la obesidad

La obesidad debe considerarse por sí misma una enfermedad, no únicamente un factor de riesgo. El paciente obeso tiene un aumento extraordinario (y de elevado coste) en la morbimortalidad debido a su asociación con patologías como:²⁵

a. Hipertensión Arterial:

La asociación entre obesidad e hipertensión está suficientemente probada. Múltiples trabajos han demostrado que las personas obesas tienen mayor riesgo de HTA que las delgadas. Ya a mediados del siglo un estudio noruego demostró que por cada 10 kg de aumento de peso las presiones sistólica y diastólica aumentaban en 3 y 2 mmHg respectivamente. En el estudio Framingham se evidencio que una ganancia ponderal del 15% se asociaba con un incremento de la presión sistólica del 18% y otros autores han demostrado que la perdida de 11kg de peso produce una disminución del 20 % en la presión sistólica y diastólica incluso cuando se mantiene constante la ingesta de sal.

Recientemente se ha puesto de manifiesto la relación entre presión arterial y la distribución del tejido adiposo. Hoy se considera que el peso y la distribución abdominal del tejido adiposo tienen efectos aditivos e independientes sobre la presión arterial. Las razones de esta asociación permanecen aún sin aclarar. Se han implicado la resistencia insulínica con el consiguiente hiperinsulinismo así como el aumento de la actividad de las catecolaminas y la renina plasmática.

b. Alteraciones Cardiacas:

En el sujeto obeso existe una hipovolemia “fisiológica” con el fin de hacer frente a las necesidades provocadas por el aumento de masa grasa y masa activa. La infiltración grasa pericárdica y miocárdica es frecuente, pero la anomalía cardiaca más característica en estos pacientes es la hipertrofia ventricular izquierda. Mientras la hipertrofia miocárdica evolucione en paralelo con las modificaciones de presión y volumen de ventrículo, se mantiene el rendimiento cardiaco, pero cuando la

hipertrofia no permite mantener la presión parietal normal del ventrículo, sobreviene una disfunción ventricular izquierda. Es lo que se ha llamado miocardiopatía de la obesidad. Al cabo del tiempo puede desarrollarse una insuficiencia ventricular derecha sobre todo en caso de hipertensión pulmonar asociada con el síndrome de Pickwick.

La insuficiencia cardiaca congestiva afecta principalmente a las obesidades importantes, cuando el peso supera el 140% del peso ideal y raramente cuando el sobrepeso es moderado. Puede ocurrir en presencia o no de HTA. Clínicamente se caracteriza por signos de congestión pulmonar y sistémica que cursan en accesos con periodo de remisión que incluso pueden durar varios años. Suelen predominar los síntomas de congestión pulmonar como la disnea y la ortópnea. Por otra parte, la obesidad aumenta el riesgo de enfermedad coronaria tanto de forma dependiente de otros factores de riesgo asociados, como de forma independiente, aumentando el riesgo relativo con el grado de obesidad.

c. Diabetes mellitus:

La obesidad central es un factor de riesgo, mayor que la obesidad periférica o ginoide, para el desarrollo de diabetes tipo 2. En mujeres este hecho es muy llamativo, existiendo una fuerte correlación negativa entre grasa central abdominal medida por absorciómetro y sensibilidad a la insulina que es independiente de otros factores como adiposidad total, historia familiar de diabetes tipo 2 o antecedentes de diabetes gestacional. Esta asociación entre obesidad central y diabetes tipo 2 también se encuentra cuando se emplean métodos antropométricos. Una cintura de más de 100 cm aumenta el riesgo de diabetes 3,5 veces incluso después del control

de IMC. Otro factor implicado en el desarrollo de diabetes tipo 2 es la inactividad física; a menor ejercicio físico, mayor riesgo asociado. Esta asociación es independiente del defecto que pueda tener el ejercicio sobre la masa corporal y puede estar mediada por una mejoría de la sensibilidad a la insulina.

La pérdida de peso mejora de forma llamativa el riesgo de diabetes en hombres y mujeres. Algunos autores han comprobado el efecto beneficioso, en mujeres, de perder 5 kg de peso con una reducción del riesgo de desarrollar diabetes del 50%. Además, la pérdida ponderal disminuye la mortalidad en aquellos que tienen diabetes establecida. Una pérdida de 9kg disminuye la mortalidad relacionada con la diabetes entre el 30% y 40% y una disminución en el peso del 10%-20% normaliza el control metabólico y posiblemente la expectativa de vida.

d. Cáncer:

Los varones obesos tienen mayor riesgo de cáncer colorectal y carcinoma prostático y las mujeres de presentar carcinoma de endometrio, ovario, cérvix, vesícula biliar y posiblemente cáncer de mama.

El aumento de incidencia de los tumores hormonodependientes se haya en relación con las anomalías endocrinas, especialmente el aumento del cociente estrógenos/andrógenos, que acompañan a la obesidad central.

La aparición de cáncer colorectal muestra una fuerte correlación con el IMC y el WHR. No se conoce exactamente el mecanismo por el que esto sucede, pero probablemente la dieta (rica en grasas y calorías y pobre en fibra) desempeña un

papel primordial. Los adenomas colorectales, que pueden considerarse precursores de carcinoma, son más frecuentes en obesos, especialmente en los que presentan un predominio de grasa central.

e. Alteraciones Articulares y Masa Ósea:

En los obesos se acelera el desarrollo de osteoartritis. La rodilla suele ser la articulación más afectada sobre todo en la obesidad ginecoide, pero la artrosis de otras articulaciones que no soportan peso (como las de las manos) es también más frecuente en obesos. Esto hace pensar que el factor mecánico es solo uno de los implicados y que algunas de las alteraciones metabólicas coexistentes son también responsables.

Al contrario de lo que ocurre con la mayor parte de las alteraciones asociadas a obesidad, no se ha podido demostrar que la disminución de peso mejore la artrosis, aunque los obesos mórbidos pueden notar alivio de los dolores de espaldas, rodillas y pies cuando adelgazan.

Los niveles de ácido úrico aumentan con el peso y pueden precipitar artritis gotosa. Cuando se comienza una dieta la uricemia se eleva de forma aguda siendo este un periodo de riesgo para gota.

f. Alteraciones endocrinas:

Los cambios endocrinos que acompañan a la obesidad suelen ser secundarios y reversibles con la pérdida ponderal. Son más llamativos cuando predomina la grasa central.

- **Páncreas:** El hiperinsulinismo es común en la obesidad con un grado de hiperrespuesta de la célula beta proporcional al grado de obesidad, asociado a un cuadro de resistencia periférica a la insulina en relación con una disminución del número de receptores acompañado de una alteración a nivel post-receptor.
- **Tiroides:** Básicamente la función tiroidea es normal en los obesos, aunque a veces pueden tener unos niveles elevados de triiodotironina con T4 y TSH normal parece estar en relación con un exceso de ingesta de hidratos de carbono.
- **Testículos:** Los niveles de testosterona son más bajos en varones obesos que en los que mantienen un peso normal y presentan una correlación inversa con el IMC con los índices de adiposidad central. Vermeulen explica estas alteraciones por una disfunción del eje gonadal consistente en una disminución en la amplitud de los pulsos de LH, aunque su frecuencia sea normal.
- **Ovario:** La obesidad en mujeres se asocia con frecuencia a irregularidades menstruales, hirsutismo e infertilidad. Las mujeres obesas tienen una producción aumentada de estrógenos debido a la conversión de androstendiona a estrona en el tejido adiposo. Los niveles de andrógenos son también más altos en mujeres obesas y a esto se asocia una disminución de la SHBG circulante esta hiperactividad androgénica es más evidente cuando la obesidad es abdominal. La LH puede estar aumentada en algunas de estas mujeres. La pérdida de peso revierte estas alteraciones.
- **Hipotálamo- hipófisis:** Los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento (GH) así como su respuesta a diferentes estímulos son más bajos en obesos que en controles delgados, aunque esta diferencia tiende a desaparecer con la edad.

un WHR elevado se ha asociado con cifras menores de GH. La somatomedina C suele mantenerse en rango normal habiéndose implicado su mecanismo de retroalimentación negativo en el mantenimiento de GH baja. Las demás hormonas hipotálamo- hipofisarias son normales.

- **Malformaciones fetales:** Los hijos de mujeres obesas tienen mayor riesgo de padecer alteraciones de tubo neural, principalmente espina bífida, y otras malformaciones como defectos del sistema nervioso central, de los grandes vasos, de la pared abdominal y otros defectos intestinales.

g. Consecuencias Psicológicas:

Existe relativamente poca información sobre las relaciones existentes entre la obesidad infantojuvenil y los factores psicosociales. Los niños y adolescentes obesos tienen menor autoestima y tendencia a la depresión. Socialmente suelen estar aislados y tienen menos amigos que los no obesos, estableciéndose entre depresión y pérdida de autoestima con problemas de integración social.²⁹

- **Baja autoestima:** Según una investigación realizada por el Dr. Richard Strauss de la Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey, los adolescentes obesos tienen significativamente menor autoestima que los adolescentes de peso normal. La baja autoestima a menudo aparece como la soledad, el nerviosismo y la tristeza. Los adolescentes con baja autoestima también pueden participar en conductas de riesgo, como la experimentación con las drogas, el alcohol o los cigarrillos. Los adolescentes obesos que experimentan baja autoestima en la infancia y la adolescencia suelen tener estos sentimientos hasta la edad adulta.

- **Depresión:** La depresión es un efecto psicológico común de la obesidad adolescente. Un adolescente obeso que pesa más que sus compañeros puede experimentar sentimientos de tristeza o desesperanza. Los signos de la depresión incluyen cambios en los patrones de sueño, aislamiento de familiares o amigos y la pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba. MayoClinic informa que algunos adolescentes tratan de ocultar la depresión y parecen emocionalmente planos en lugar de tristes.
- **Ansiedad:** La mayoría de los niños experimentan ansiedad por diversas razones durante la adolescencia. Los adolescentes obesos, sin embargo, pueden experimentar ansiedad grave que a menudo se traduce en comportamientos destructivos o en evitar ver a sus amigos y familiares. Los adolescentes que tienen sobrepeso también pueden tener ansiedad social como resultado de la intimidación o las excesivas burlas. La ansiedad severa a menudo interrumpe el proceso de aprendizaje y puede dar lugar a una disminución en el rendimiento académico. Ser un adolescente con sobrepeso también puede afectar el nivel de ansiedad cuando es adulto. Las investigaciones realizadas por el Dr. Sarah Anderson y sus colegas publicados en "Medicina Psicosomática" reveló que los adolescentes con sobrepeso pueden tener una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad o depresión en la edad adulta.
- **Pobre imagen corporal:** Los adolescentes obesos a menudo experimentan una mala imagen corporal como consecuencia del exceso de peso. Esto puede alejar al adolescente de practicar deportes o participar en actividades físicas, pasar tiempo con los amigos o llevar ropa ajustada. La mala imagen corporal está

conectada a una serie de problemas psicológicos, como depresión, ansiedad y baja autoestima. Los adolescentes que tienen mala imagen corporal también están en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

- **Trastornos de la alimentación:** Los adolescentes obesos están en riesgo de desarrollar trastornos como la bulimia, la anorexia o comer en exceso compulsivamente. Un trastorno de la alimentación es a menudo el resultado del esfuerzo de un adolescente que tiene sobrepeso para perder peso a través de conductas de riesgo y no saludables.³⁰

1.2.7. Autoestima.

Según Mckay (2002), citado por Tovar U. “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. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar a partir de los 5-6 años cuando la persona empieza a formar un concepto de como se ve así mismo, los padres, amigos, etc. y las experiencias que va adquiriendo en el transcurso de su vida.”³¹

Rosemberg (1973) citado por Coras B. “señala que la autoestima es un término que refleja el sentimiento de que uno es lo “suficientemente bueno” porque se es digno de la estima de los demás y respeto por lo que es; es decir, se acepta, asimismo, implicando conocerse, asimismo, reconociendo sus potencialidades y dificultades, pero también involucrando sus deseos de mejorar. De otro lado, Mckay y Fanning (1991) concluye que si bien la psicoterapia tiene una eficacia limitada para los problemas que pretende ayudar; si afecta positivamente a la autoestima y ésta mejora es un indicador que nos señala un buen pronóstico en la persona.”¹⁸

Coopersmith (1990), Citado por Tovar U. “define la autoestima como la autoevaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a sí misma, expresando una actitud de aprobación que indica la medida que una persona cree ser importante, capaz, digno y exitoso; Por lo tanto, se afirma que la autoestima es el conjunto de varios aspectos de competencia, traducidos en la confianza y seguridad en uno mismo, reflejando un juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos, comprender y superar los problemas y tener el derecho a ser feliz al cumplir sus objetivos.³¹

1.2.8. Factores que influyen en la autoestima

La autoestima se va formando por el concepto que tengamos de sí mismos, pero también influyen varios factores entre los cuales, los más importantes son:

a. La familia

La autoestima, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar en el que estemos y los estímulos que este nos brinda. La autoestima y la comunicación están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento, que se transmite desde la infancia hacia el futuro.

b. La escuela

Es fundamental que los padres y maestros o docentes en quienes los padres confíen, sean capaces de transmitir valores claros. En todos los ambientes el niño tiene las

mismas necesidades básicas de amor y seguridad, el derecho de ser una persona de valor y tener la oportunidad de triunfar.

c. La sociedad

La sociedad cumple una función muy importante para la persona, ya que, a partir de la cultura de esta, la familia adopta diferentes pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y determinan o ayudan a formar la personalidad de cada uno, teniendo a esta como modelo social.³²

1.2.9. Importancia de la autoestima

Sobre la importancia de la autoestima, Alcántara (1993) señala algunos aspectos del alcance de la autoestima:

a. Condiciona el aprendizaje.

Una baja autoestima va a condicionar el aprendizaje del alumno, porque no atenderá la clase, no se concentrará en los conocimientos que se le imparten, las bajas calificaciones, los comentarios de los padres, las sanciones imprudentes que reciben de los maestros y muchas veces la burla de sus compañeros hará que fracase en su rendimiento escolar. Sin embargo, aquel alumno que tiene una autoestima positiva, tendrá un mejor rendimiento académico. Es decir, que aquel alumno que se valora y aprecia estará más predispuesto a entender los conocimientos que se le imparten.

b. Supera las dificultades personales.

Cuando una persona tiene una buena autoestima, es capaz de enfrentar los fracasos o problemas sobreponiéndose rápidamente, pues tiene la fuerza necesaria para

vencer los obstáculos. Pasa todo lo contrario con quién tiene una autoestima baja, al primer problema que se le presente se deprime y se derrumba.

c. Fundamenta la responsabilidad.

A los educadores se les pide que formen personas responsables, pero cómo formar alumnos responsables si no cuentan con una actitud positiva, ganadora. Sólo se compromete aquel que tiene confianza en sí mismo, puesto que encuentra en su interior todos los recursos que harán de él un ser responsable, mientras que aquella persona que no tiene actitud positiva no será responsable en lo que emprenda.

d. Apoya la creatividad.

Los objetivos de la educación es formar individuos autónomos, autosuficientes, capaces de tomar decisiones por sí mismo, donde se acepten a sí mismos, que encuentren su propia identidad, que se sepan conducirse dentro de una sociedad en constante cambio, y asumir con responsabilidad las tareas y metas que se trace.

e. Posibilita una relación social saludable.

El aprecio que se tiene así mismo es fundamental para relacionarse con las demás personas. El respeto y el aprecio con las personas que se convive son importantes porque permitirá sentirse más cómodo y el espacio en el que se desarrolle será más positivo. Todo ello, permitirá estimar más a las personas con las cuales interactúa, reconociendo sus valores, despertando la fe y esperanza en sus propias capacidades.

f. La proyección futura de la persona.

La persona se proyecta hacía el futuro desde sus cualidades propias, se auto impone unas aspiraciones y expectativas de realización. Si es positiva la persona se sentirá

capaz de lograr metas superiores, y tendrá éxito en todo lo que haga y si es deficiente tendrá dificultades para lograr sus objetivos.

g. Constituye el núcleo de la personalidad.

La persona es un ser en busca de su identidad. La fuerza más profunda del hombre es llegar a ser él mismo, aceptándose tal cual es, es el llegar a su plena autorrealización y esto lo logrará a través de una buena autoestima, la cual le permitirá desarrollar una personalidad positiva.³³

1.2.10. Niveles de autoestima

La autoestima es importante para el desarrollo personal tanto social como intrapersonal, relacionarse con los demás implica tener una autoestima que le permita expresarse plenamente en lo que piensa y/o actúa. Según la Organización Mundial de la Salud, plantea que existen distintos niveles de autoestima por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima y las define con las siguientes características:³⁴

- a. Autoestima alta:** Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, mantienen altas expectativas, manejan la creatividad, se auto respetan y sienten orgullo de sí mismo, caminan hacia metas realistas.
- b. Autoestima media:** Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores.

- c. **Autoestima baja:** Son personas deprimidos, desanimados, aislados, no se consideran atractivos, se sienten incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen temor de provocar el enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades.

1.2.11. La autoestima en el ámbito escolar

Según Sarria (2000), en el ámbito 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 auto concepto 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; esta 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 sí mismos. Los años que el alumno permanece en la escuela condicionan la Autoestima y el rol del centro educativo, los profesores son de máxima importancia para el desarrollo del auto concepto y la autoestima de sus alumnos.³³

1.2.12. La adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez, entre los 10 y los 19 años, esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos

procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.³⁴

1.2.13. Clasificación

Según la Organización Mundial de la Salud son tres etapas:

- a. Adolescencia temprana (10-13 años):** Éste es el inicio de la pubertad donde los cambios físicos son notables ya que el crecimiento es rápido, se forman los caracteres sexuales secundarios, tienen capacidad reproductiva, la adaptación al cuerpo nuevo, imagen corporal, comienza la separación de la familia, se interacciona con pares del mismo sexo, atracción por sexo opuesto, primeros enamoramientos, en la familia: Se da los primeros conflictos y peleas, se manifiesta la rebeldía y obstinación, son impulsivos y se dan los cambios de humor.
- b. Adolescencia media (14-16 años):** Se completan los cambios puberales hay intensa preocupación por la apariencia física, búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa), se da el distanciamiento con la familia, grupo de amigos con mayor intimidad y grupos de pertenencia (positivos o

negativos), proceso de identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual, primeros enamoramientos, aparición de conductas nuevas.

- c. Adolescencia tardía (17 – 19 años):** Los cambios físicos en esta fase suelen mostrar más homogeneidad en sus características que las que se encuentran en la adolescencia temprana, porque la gran mayoría ya ha pasado por los cambios más bruscos, se da la maduración biológica completa, hay aceptación de la imagen corporal, los cambios psicológicos, en esta etapa termina de desarrollarse la conciencia social y se empieza a dedicar mucho tiempo a pensar en situaciones y procesos que no están limitados a lo que se puede ver, oír y tocar en el entorno inmediato, se abandona buena parte del egocentrismo que definía la infancia y el resto de etapas de la adolescencia, aunque en algunos casos la estética sigue siendo tan importante que en ciertos casos se puede llegar a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.³⁴

1.3. HIPOTESIS.

H₁: El sobrepeso y obesidad se relaciona significativamente con el nivel de autoestima, en adolescentes de la institución educativa Gustavo Castro Pantoja.

H₀: El sobrepeso y obesidad no se relaciona significativamente con el nivel de autoestima, en adolescentes de la institución educativa Gustavo Castro Pantoja.

1.4. VARIABLES.

1.4.1. Variable independiente.

Sobrepeso y obesidad.

1.4.2. Variable dependiente.

- Nivel de Autoestima.

1.4.3. Variable Interdependiente.

- Características sociodemográficas.

CAPITULO II

MATERIALES Y METÓDOS

2.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.

En el presente estudio de investigación se empleó el método cuantitativo porque se utilizó la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas.

2.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

- **Descriptivo**, porque indagan la incidencia del sobrepeso, obesidad en los adolescentes y proporcionar su descripción en el nivel de autoestima.
- **Correlacional**, porque se mide la relación entre la variable sobrepeso, obesidad y nivel de autoestima.
- **Transversal**, porque las variables se miden en un solo momento y se procede a su análisis.

2.3. DISEÑO DE INVESTIGACION.

No experimental, porque no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.

2.4. ÁREA DE ESTUDIO.

Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja del distrito de Ayacucho en la provincia de Huamanga.

2.5. POBLACIÓN.

Estuvo constituida por 158 estudiantes de educación secundaria, cuyas edades fluctúan entre los 10 a 19 años de edad, de primero a cuarto grado de secundaria matriculados en la Institución Educativa “Gustavo Castro Pantoja” durante el año académico 2017.

2.6 MUESTRA.

Se requirió 112 adolescentes que representa el 95% de la población estadística; esta muestra es calculada con la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Total de la población (158)

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en su investigación use un 5%).

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los procesos que se siguieron para la recolección de datos en el estudio son los siguientes: Autorización de las autoridades de las Instituciones Educativas que participaron en el estudio, se solicitó el consentimiento informado de los padres de familia para que los adolescentes participen en el estudio. (Ver Anexo 4), se realizó la recolección de la información, según el cronograma de actividades previsto, y se hizo una coordinación con la directora y docentes de las instituciones educativas.

- a. **Datos generales:** Se recolectó el nombre y apellidos, sexo, edad, y se añadió las variables a evaluar. (Ver Anexo 1),
- b. **Evaluación del Nivel de Autoestima:** Se evaluó con el cuestionario de escala de autoestima de Rosenberg. (Ver Anexo 3),
- c. **Evaluación antropométrica:** Se evaluó a una población de 112 niños adolescentes de 10 a 19 años de edad, a quienes se les determinó el peso, talla y finalmente el índice de masa corporal. (Ver Anexo 2),
 - **Peso:** Se utilizó con una Balanza de pie electrónica y profesional (marca SOEHNLE) con una precisión de ± 100 gramos. Se realizó con ropa ligera, sin zapatos.
 - **Talla:** Se utilizó un Tallímetro portátil con una precisión de 0.01 cm y calibrado (marca SECA). Se registró en centímetros.
 - **DX Nutricional - IMC:** Se obtuvo a través de la fórmula de Quetelet; $IMC = \frac{Peso}{(Talla)^2}$; clasificados en 3 grupos según el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC): Eutróficos ($IMC < p85$), Sobrepeso ($IMC \text{ pc } 85-95$) y obesos ($IMC \text{ pc } > \text{ o igual a } 95$) (Ver Anexo 2),

Donde se realizó la consolidación de la información, análisis descriptivo, cuantitativo y estadístico de las variables; elaborándose los resultados, conclusiones y discusiones del estudio.

2.8. ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos son procesados de manera informática. Para tal propósito, a manera de tabulación, se realiza el vaciado de datos y las variables, son codificadas de acuerdo a requerimientos del paquete estadístico SPSS versión 17,0. Se empleó el análisis estadístico descriptivo e inferencial. Además, se utilizó el coeficiente de contingencia Chi cuadrado para determinar el grado de relación entre las variables, considerando valores de $p < 0,05$ como datos significativos, los datos fueron presentados mediante tablas y gráficos de frecuencias.

2.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

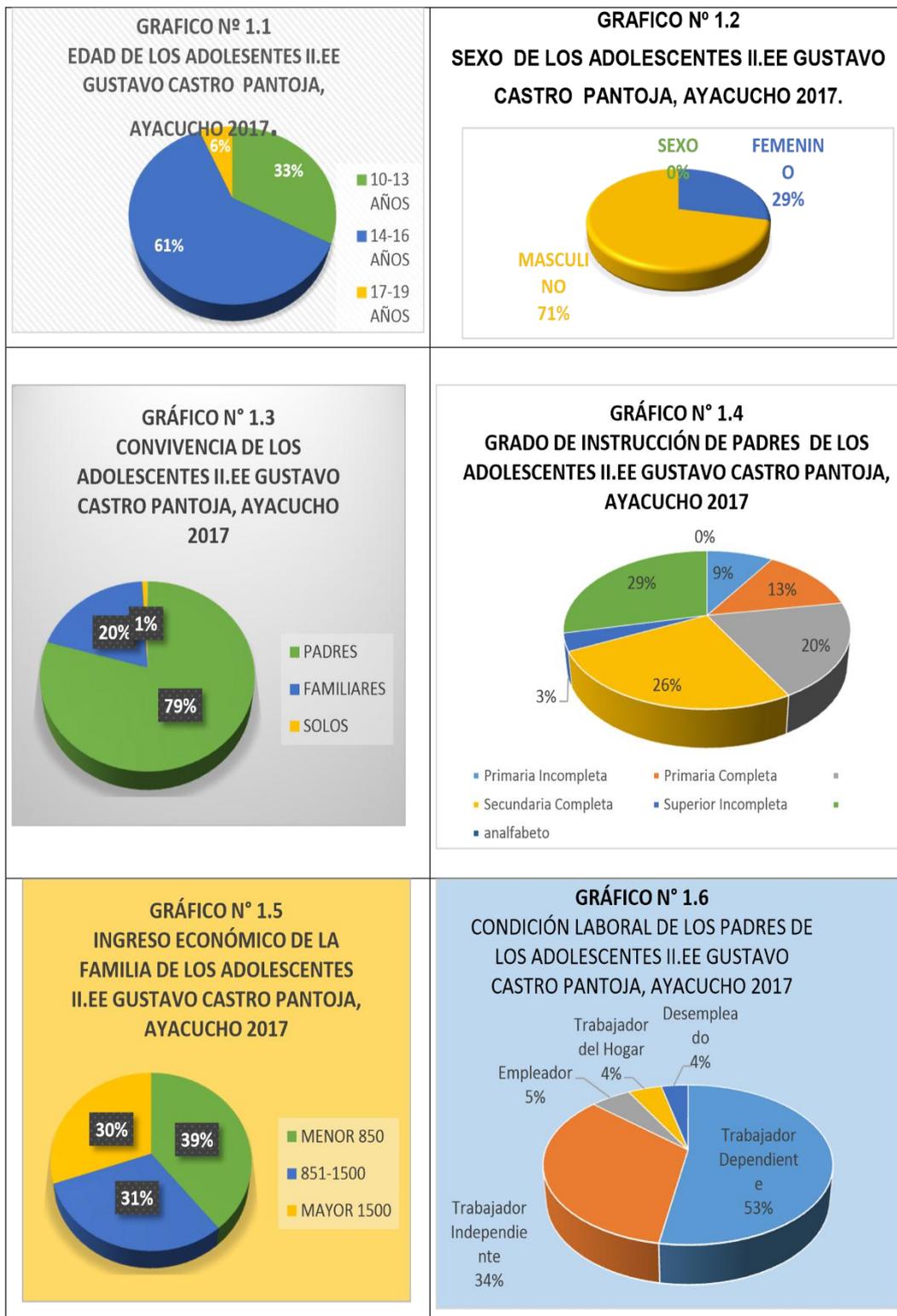
Se aplicó la prueba de alfa de cronbach el cual mostró una valides de $p < 0,05$.

CAPITULO IV
RESULTADOS

TABLA N° 01
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GUSTAVO
CASTRO PANTOJA, AYACUCHO. 2017.

EDAD	N°	%
10-13 AÑOS	37	33.0
14-16 AÑOS	68	60.7
17-19 AÑOS	7	6.3
TOTAL	112	100.0
SEXO	N°	%
FEMENINO	32	28.6
MASCULINO	80	71.4
TOTAL	112	100.0
CON QUIEN VIVE	N°	%
PADRES	89	79.5
FAMILIARES	22	19.6
SOLOS	1	0.9
TOTAL	112	100.0
GRADO INSTRUCCIÓN PADRE	N°	%
Primaria Incompleta	10	9
Primaria Completa	15	13
Secundaria Incompleta	22	20
Secundaria Completa	29	26
Superior Incompleta	4	3
Superior Completa	32	29
Analfabeto	0	0.0
TOTAL	112	100.0
INGRESOS ECONÓMICOS	N°	%
MENOR 850	44	39.3
851-1500	34	30.4
MAYOR 1500	34	30.4
TOTAL	112	100.0
CONDICIÓN LABORAL DE LOS PADRES	N°	%
Trabajador Dependiente	59	52.7
Trabajador Independiente	38	33.9
Empleador	6	5.4
Trabajador del Hogar	5	4.5
Desempleado	4	3.6
TOTAL	112	100.0

Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración de IMC según la CDC. Ayacucho 2017



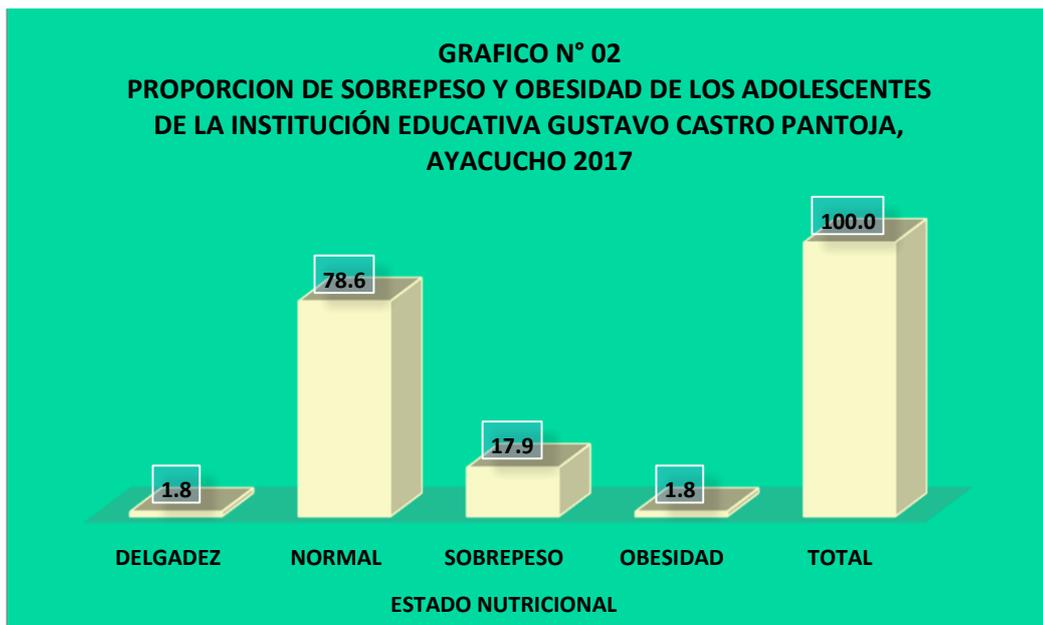
Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración de IMC según la CDC. Ayacucho 2017

En los gráficos 1.1 al 1.6, relacionado a las características sociodemográficas podemos observar, en la figura 1.1 respecto a la edad de la población en estudio, del 100% el 61% tienen una edad que oscila entre 14-16 años, el 33% tienen entre 10-13 años y sólo el 6% entre los 17-19 años; mientras en el gráfico 1.2 relacionado al sexo del 100% de la población en estudio el 71% son del sexo masculino y 29% del sexo femenino. Respecto a la convivencia de los adolescentes, según el gráfico 1.3, el 79% viven con sus padres, 20% con familiares y el 1% viven solos, el cual refleja que la mayoría viven con sus padres; según el gráfico 1.4, del 100% se observa el 29% de los padres de los adolescentes tienen un grado de instrucción superior completa, seguido de un 26% que tiene secundaria completa, luego el 20% secundaria incompleta, 13% primaria completa, 9% primaria incompleta y 3% superior incompleta. En el gráfico 1.5, en relación a los ingresos económicos de la familia de los adolescentes el 39% tienen ingresos menores a S/850.00, el 31% entre S/851-S/1500 y el 30% mayor a S/1500. Finalmente, en el gráfico 1.6 respecto a la condición laboral de los padres, del 100% de la población en estudio el 53% de los padres son trabajadores dependientes, el 34% trabajador independiente, el 5% son empleadores y el 4% no tienen empleo (trabajos eventuales) y son trabajadores de hogar respectivamente.

TABLA N° 02
PROPORCIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DE LOS
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GUSTAVO
CASTRO PANTOJA, AYACUCHO. 2017

PROPORCION	DE	TOTAL
SOBREPESO Y OBESIDAD.	N°	%
DELGADEZ	2	1.8
NORMAL	88	78.6
SOBREPESO	20	17.9
OBESIDAD	2	1.8
TOTAL	112	100.0

Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración de IMC según la CDC. Ayacucho 2017.



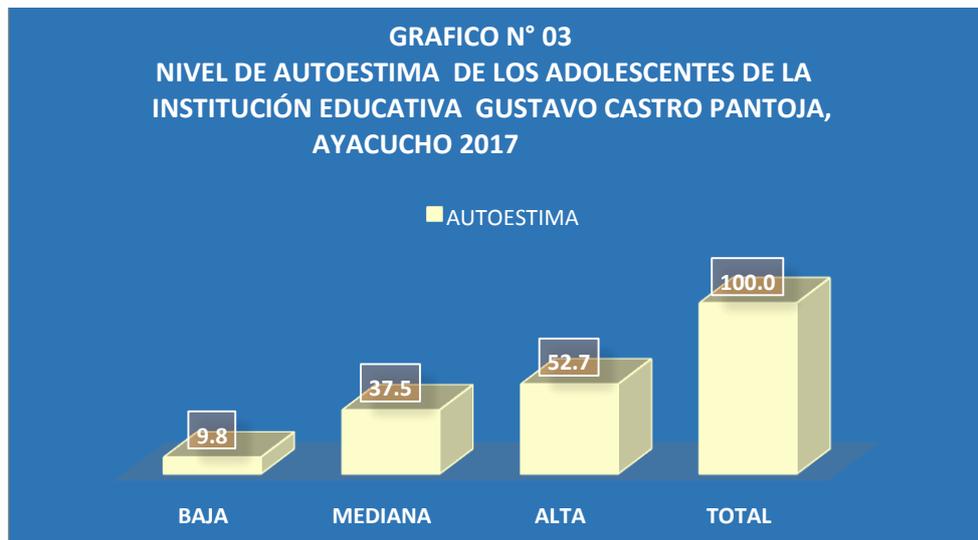
Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración de IMC según la CDC. Ayacucho 2017

Según la tabla N° 02, se observa del 100% de la población de adolescentes en estudio de la Institución Educativa Pública Gustavo Castro Pantoja, el 78.6% tienen un estado nutricional normal, el 17.9% de adolescentes padecen de sobrepeso y el 1.8% de obesidad y delgadez respectivamente.

TABLA N° 03
NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA GUSTAVO CASTRO PANTOJA,
AYACUCHO 2017.

NIVEL DE AUTOESTIMA	TOTAL	
	N°	%
BAJA	11	9.8
MEDIANA	42	37.5
ALTA	59	52.7
TOTAL	112	100.0

Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración de IMC según la CDC. Ayacucho 2017.



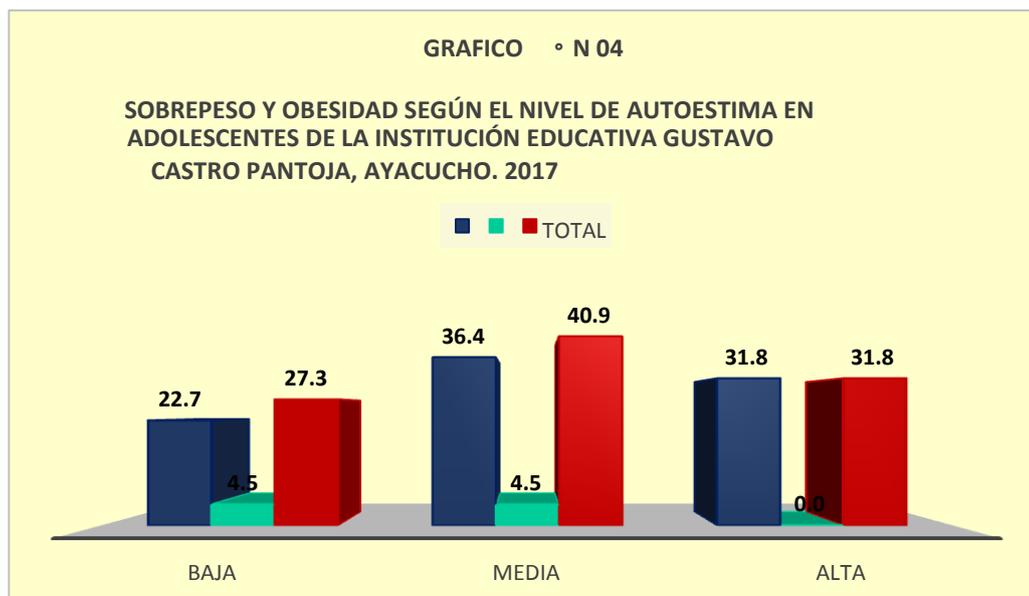
Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración de IMC según la CDC. Ayacucho 2017

En la tabla N° 03, en relación al nivel de autoestima, se observa que del 100% de los adolescentes de la Institución Gustavo Castro Pantoja, el 52.7% tienen un nivel de autoestima alto, el 37.5% una autoestima de un nivel medio y el 9.8% una autoestima baja.

TABLA N° 04
SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GUSTAVO
CASTRO PANTOJA, AYACUCHO 2017.

NIVEL DE AUTOESTIMA	SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJA	5	22.7	1	4.6	6	27.3
MEDIA	8	36.4	1	4.5	9	40.9
ALTA	7	31.8	0	0.0	7	31.8
TOTAL	20	90.9	2	9.1	22	100.0

Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración de IMC según la CDC. Ayacucho 2017.



Fuente: Test de Escala de Autoestima de Rosenberg y Valoración según CDC. Ayacucho 2017.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,954 ^a	6	,030
Razón de verosimilitudes	13,138	6	,041
Número de casos	112		

Según la tabla N° 04, en relación al sobrepeso y obesidad según nivel de autoestima, se observa del 100% de la población en estudio, el 31.8% tienen un nivel de autoestima alta de los cuales en su totalidad tienen sobrepeso; el 40.9% tienen un nivel de autoestima medio de los cuales el 36.4% tienen sobrepeso y el 4.5% obesidad; finalmente el 27.3% tienen un nivel de autoestima baja, de los cuales el 22.7% tienen sobrepeso y el 4.5% obesidad.

Aplicado la prueba estadística del chi cuadrado, existe una relación significativa entre el nivel de autoestima con el sobrepeso y obesidad; a un nivel de autoestima baja, los adolescentes tienden a desarrollar sobrepeso y obesidad.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La obesidad se encuentra asociada de manera importante con los cambios en los estilos de vida que envuelven a la población. La modificación de los hábitos alimentarios y de convivencia, el consumo de comida con alto contenido calórico y bajo nivel nutricional combinado con el sedentarismo ha generado y agravado este problema.

En el caso específico de los niños y adolescentes, estos patrones se repiten y asimilan desde edades tempranas, como un problema de Salud Pública en nuestra Región. En este estudio realizado en una escuela pública de la ciudad de Ayacucho, se puede observar la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo escolar de 10 a 19 años, el cual es un riesgo potencial para la obesidad en el adulto que acarrea complicaciones biopsicosociales y en la calidad de vida.

En cuanto a la **tabla N° 1**, las características sociodemográficas de los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, determinamos que la edad de

la población en estudio, el 61% oscila entre 14-16 años, el 33% tienen entre 10-13 años y sólo el 6% entre los 17-19 años; en relación al sexo 71% son del sexo masculino y 29% del sexo femenino. En cuanto a la convivencia de los adolescentes, el 79% viven con sus padres, 20% con familiares y el 1% viven solos. En relación al grado de instrucción de los padres, se observa el 29% de los padres de los adolescentes tienen un grado de instrucción superior completa, seguido de un 26% que tiene secundaria completa, luego el 20% secundaria incompleta, 13% primaria completa, 9% primaria incompleta y 3% superior incompleta. En relación a los ingresos económicos de la familia de los adolescentes el 39% tienen ingresos menores a S/850.00, el 31% entre S/851-S/1500 y el 30% mayor a S/1500; Finalmente la condición laboral de los padres, el 53% de los padres son trabajadores dependientes, el 34% trabajador independiente, el 5% son empleadores y el 4% no tienen empleo (trabajos eventuales) y son trabajadores de hogar respectivamente. Concluyendo que, en los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja del Distrito Ayacucho, hay mayor población masculina 71.4%, adolescentes propiamente dicha (14-16 años) con 60.7%, quienes viven con sus padres 79.5% y en cuanto al grado de instrucción de los padres tienen superior completa 29%.

En cuanto a la **tabla N° 2**, la proporción del sobrepeso y la obesidad en adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, el (20)17.9% de adolescentes padecen de sobrepeso y el (2)1.8% de obesidad.

Según el Instituto Nacional de Salud; en su estudio. Titulado “Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida 2012-2013; determino que el sobrepeso en

adolescentes fue de 17.5%, obesidad fue de 6.7%, 2% de los adolescentes presentan delgadez y el 74.5%. Tuvo estado nutricional normal.¹⁴

Por otro lado, Coras. En su estudio “Nivel de Autoestima y su relación con el estado Nutricional de los Escolares de 10-12 años de I.P del Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima-2009. Señaló que 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 un estado de desnutrición.¹⁸

Asimismo, Rodríguez B.J, Bastidas M, Genta G, et. al. (2016) en su estudio. “Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Escolares de 10 a 14 años con Sobrepeso y Obesidad en la Ciudad de Medellín, Colombia”, (10) determina que los adolescentes el 19.9 % de ellos están con sobrepeso y el 4.1 % con obesidad.⁷

Al respecto, Méndez 2002 señala que cuando alguien tiene sobrepeso significa que el cuerpo pesa más de lo que debería pesar ya que considera sobrepeso cuando el adolescente se encuentra entre el percentil 85 a 95; y la obesidad es una enfermedad de nutrición más importante en los países desarrollados y se define como una excesiva masa corporal que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un periodo prolongado lo que ocasiona un aumento de peso corporal; por lo tanto obesidad es considerada con el percentil mayor a 95.²¹

Por lo tanto, inferimos que los resultados de nuestra investigación se aproximan con los estudios de Instituto Nacional de Salud, Coras y Rodríguez, Bastidas, Genta, et. al. Estos resultados confirman en un porcentaje menor la existencia de problemas

nutricionales de sobrepeso (17,9%) y obesidad(1.8%), que posiblemente refleja un desequilibrio por deficiencia y exceso de nutrientes, Además dentro del ámbito escolar se observa que no hay un control adecuado de un sistema de vigilancia a la expedición de alimentos y golosinas en los kioskos, lo que demostraría que el estado nutricional del adolescente se encuentra en una etapa de transición y cambio, pudiendo comprometer el estado nutricional, reduciendo la inmunidad, alterando el desarrollo físico y mental, siendo más vulnerables a contraer enfermedades (sobrepeso, problemas cardiovasculares, depresión, etc.), trastornos alimentarios (bulimia, anorexia, anemia etc.), reduciendo la productividad física y mental del individuo (de aprendizaje, actividades cotidianas del adolescente. Concluyendo que los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja del distrito de Ayacucho, presentaron la proporción del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) 19.7%, casi un quinto de la población escolar analizada. Esto nos indica, que existe una tendencia al aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad constituyéndose un problema de salud pública.

En cuanto a la **tabla N°3**, Nivel de Autoestima en la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, se identificó que el 52.7% tienen una autoestima alta, el 37.5 % una autoestima de un nivel medio y el 9.8% una autoestima baja. Haciendo un total de 47.3% de los adolescentes de autoestima baja propiamente dicha.

Según Blas S. Y, Loja C.J. En la investigación “Estado Nutricional y Nivel de Autoestima del Escolar de la Institución Educativa N° 80008 “República Argentina”, Trujillo. 2015” se encontró El nivel de autoestima de los escolares fue

alto 54.3%, medio 35.9% y bajo 9.8%, concluyendo que el estado nutricional no se relacionó significativamente con el nivel de autoestima.¹⁵

Cisneros N. E, Manuyama A. k, Saldaña H.A. En su estudio. “Nivel de Autoestima y Estado Nutricional de los Adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Teniente Manuel Clavero, en Iquitos, se determinó que de los 180 adolescentes encuestados el 63,9% (115) presentaron autoestima alta y el 36,1% (65) autoestima baja.¹⁷

Asimismo, Coras B.D. En su estudio.” 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.” Se estudió con una muestra de 465 estudiantes de educación primaria, 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.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud, plantea que existen distintos niveles de autoestima por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima. Así mismo la autoestima es un estado mental, es el sentimiento o concepto valorativo ya sea positivo o negativo de nuestro ser, se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que nosotros mismos hemos ido recogiendo, asimilando e interiorizando durante nuestra vida.³⁴

Por lo tanto, inferimos que los resultados de la investigación se aproximan a los estudios por Blas S. Y, Loja C.J; Cisneros N. E, Manuyama A. k, Saldaña H.A. y Coras B.D. Denotan que en promedio la mitad de los adolescentes no tienen un nivel de autoestima óptimo, se podría explicar por diversos factores negativos existentes en el adolescente ya sean: biológicos (estado nutricional, enfermedad, etc.), psicológicos (exclusión del grupo de pares, atmósfera familiar negativa, etc.) o sociales (pobreza, falta de un hogar, etc.), factores que de no ser identificados tempranamente pueden impedir que el adolescente fortalezca el desarrollo de habilidades y destrezas que aumente su seguridad y valoración de sí mismo y en su defecto enfocarlo hacia la derrota y el fracaso. Consideramos que la familia es el primer espacio donde se forman la autoestima, depende de esta y los estímulos que este nos brinda o los diversos factores que pueden surgir en el ambiente familiar, teniendo como modelo para la formación de la autoestima optima o mal.

Concluyendo que los resultados de la investigación denotan que en promedio la mitad de los adolescentes (47.3%) no tienen un nivel de autoestima óptimo, presentando problemas de autoestima que también estaría relacionado a los problemas nutricionales y diversos factores de índole personal, familiar y social.

En cuanto a la **tabla N°4**, el sobrepeso y obesidad según el nivel de autoestima, en la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, el 31.8% tienen un nivel de autoestima alta de los cuales en su totalidad tienen sobrepeso; el 40.9% tienen un nivel de autoestima medio de los cuales el 36.4% tienen sobrepeso y el 4.5% obesidad; finalmente el 27.3% tienen un nivel de autoestima baja, de los cuales el 22.7% tienen sobrepeso y el 4.5% obesidad.

Aplicado la prueba estadística del chi cuadrado, existe una relación significativa entre el estado nutricional de sobrepeso y obesidad y el nivel de autoestima ($P < 0.05$)

Según Sánchez A. J, Ruiz M. A. (México 2015); en su estudio. “Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad” con una muestra de 270 niños mexicanos, de 8 a 11 años. Los resultados indican que el 12.22% de los niños presentaron obesidad, de los cuales 94% tenían autoestima baja y se identificaron con una figura corporal de menor peso.⁹

Por otro lado, Aguilar C.et. al. (Perú 2010) en su estudio. “Depresión y Autoestima en Adolescentes con Obesidad y Sobrepeso”. Basado en datos de bibliografía DOYMA, SCIELO, PUBMED, BIREME, LILACS, además de investigaciones científicas publicadas en páginas web institucionales y tesis para nivel de maestría. Los resultados de esta investigación determinan que existe una relación inversa entre la autoestima y la obesidad, con respecto a la depresión, la relación encontrada es directa. Además, se identifica que el grupo femenino se ve más afectado en relación al masculino, debido a la cultura social.¹

Por lo que Cisneros N. E, Manuyama A. k, Saldaña H.A. (Iquitos 2012) en su estudio. “Nivel de Autoestima y Estado Nutricional de los Adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Teniente Manuel Clavero” estudiaron una muestra de 180 adolescentes del 3ro al 5to Grado de secundaria del turno mañana. En el análisis bivariado se evidencia que la Autoestima y el Estado Nutricional de los adolescentes tienen relación estadísticamente significativa.¹⁷

Así mismo Coras B.D. (Lima 2009) En su estudio.” 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, Se estudió con una muestra de 465 estudiantes de educación primaria, 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.¹⁸

Según Blas S. Y, Loja C.J. en su estudio. “Estado Nutricional y Nivel de Autoestima del Escolar de la Institución Educativa N° 80008 “República Argentina”, Trujillo. 2015”. En el cual se estudió una muestra aleatoria de 92 escolares con edades entre 10 y 12 años, Concluyéndose que el estado nutricional no se relacionó significativamente con el nivel de autoestima de los escolares.¹⁵

La adolescencia es una fase crítica del desarrollo caracterizado por los drásticos cambios físicos y psicológicos. La apariencia y los cambios son preocupaciones importantes de los adolescentes, y por esta razón la obesidad los predispone a las consecuencias para la salud mental.¹

Por lo tanto, inferimos que el análisis de los datos encontrados se asemeja que existe una relación significativa entre el estado nutricional por sobrepeso y obesidad y el nivel de autoestima con los estudios según Sánchez, Aguilar, Cisneros, Manuyama, Saldaña y Coras, mientras que los hallazgos de Blas y Loja difieren a los resultados de este estudio. De allí la responsabilidad del profesional de enfermería de ser

capaz de reconocer las señales de alerta en el comportamiento humano, especialmente en los grupos más vulnerables como son los adolescentes; porque los desequilibrios en el autoestima o estado nutricional predisponen a la aparición de trastornos y enfermedades físicas y psicológicas incluyendo problemas para relacionarse en la familia o comunidad, ello implica intervenir con actividades preventivo promocionales en el desarrollo saludable del ser humano.

Concluyendo que los resultados obtenidos en los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, en relación al sobrepeso y obesidad y su relación con el nivel de autoestima fueron que 59.1% de los adolescentes con sobrepeso y 9.1% con obesidad tienen un nivel de autoestima baja y media. La investigación ha demostrado que existe una relación significativa entre el estado nutricional por sobrepeso y obesidad y el nivel de autoestima; a un estado nutricional normal el nivel de autoestima es alta y a un problema de estado nutricional como es el sobrepeso y obesidad el nivel de autoestima es media y baja, evidenciando que la autoestima del adolescente es uno de los factores que influye en el estado nutricional que presenta, ya que éste responde a la aceptación o negación de él mismo.

CONCLUSIONES

1. En los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja del distrito Ayacucho, hay mayor población masculina 71.4%, adolescentes propiamente dicha (14-16 años) con 60.7%, quienes viven con sus padres 79.5% y en cuanto al grado de instrucción de los padres tienen superior completa 29%.
2. Los adolescentes de la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja del Distrito de Ayacucho, presentaron la proporción del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) haciendo un total de 19.7%, casi un quinto de la población escolar analizada. Esto nos indica, que existe una tendencia al aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad constituyéndose un problema de salud pública.
3. Los resultados de la investigación denotan que en promedio la mitad de los adolescentes (47.3%) no tienen un nivel de autoestima óptimo, presentando problemas de autoestima que también estaría relacionado a los problemas nutricionales y diversos factores de índole personal, familiar y social.
4. Los resultados obtenidos en relación al sobrepeso y obesidad con el nivel de autoestima fueron que 59.1% de los adolescentes con sobrepeso y 9.1% con

obesidad tienen un nivel de autoestima baja y media. La investigación ha demostrado que existe una relación significativa entre el estado nutricional por sobrepeso y obesidad y el nivel de autoestima; a un estado nutricional normal el nivel de autoestima es alta y a un problema de estado nutricional como es el sobrepeso y obesidad el nivel de autoestima es media y baja, evidenciando que la autoestima del adolescente es uno de los factores que influye en el estado nutricional que presenta, ya que éste responde a la aceptación o negación de él mismo.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Educación y Dirección Regional de Salud, implementar programas complementarios orientados a promover el trabajo interdisciplinario para un tratamiento integral para cada paciente ya sea en la promoción de la salud o en la prevención de las enfermedades crónicas degenerativas que son enfermedades causadas por la obesidad.
2. A la Unidad de Gestión Educativa Local promover alianzas interinstitucionales para abordar problemas psicológicos como la baja autoestima.
3. A la Institución Educativa Gustavo Castro Pantoja, autoridades fortalecer la estrategia de escuela de padres para afianzar los conocimientos relacionados a la prevención de sobrepeso y la obesidad.
4. A los medios de comunicación masiva, cumplir con su responsabilidad social de promover información sobre conductas saludables.
5. A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga se sugiere realizar estudios de prevalencia de sobrepeso y obesidad en poblaciones urbanas y rurales, así como en poblaciones con diferente nivel socioeconómico.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Aguilar M, Tuesta M, Musayón Y, et. al. Depresión y Autoestima en Adolescentes con Obesidad y Sobrepeso. Rev. Enferm. Herediana. 2010; 3(1):49-54. [Internet]. Fecha de acceso 20/06/17. Disponible en:
http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Depresion%203_7.pdf
2. Fajardo BE. Obesidad Infantil: Otro Problema de Malnutrición. Revista 20 (1): 6-8, 2012 [Internet]. Acceso 24 de marzo del 2017. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n1/v20n1a01.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud [internet]. Sobrepeso y obesidad; junio 2016; [Internet]. Fecha de acceso 01/05/17. Disponible en:
[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/.](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/)
4. Organización Mundial de la Salud, 5 países más obesos de América Latina: 21 de febrero del 2015. [Internet]. Fecha de acceso 20/06/17. Disponible en:
<https://actualidad.rt.com/sociedad/167083-paisesobesos-america-latina>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2014. Abril 2015 Pág. 24. [Internet].
Fecha de acceso 28/06/17. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
6. Ministerio de Salud de Perú, (ENAHOCENAN). Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013. Perú. 2015. URL [Internet]. fecha de acceso 10/04/17. Disponible en:

[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICION AL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICION%20AL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)

7. Rodríguez B. J, Bastidas M, Genta G, et. al. Calidad de Vida Percibida por los Escolares con Sobrepeso y Obesidad, de Sectores Populares de Medellín, Colombia. Rev. Javeriana, 2016; 15 (2): 301-314.
[Internet]. Fecha de acceso 10/06/17. Disponible en:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/8107>
8. Contreras V.J, Hernández G. L, Freyre M. Insatisfacción Corporal, Autoestima y Depresión en Niñas con Obesidad. Rev. Mex. De trastor. Aliment, 2016; 7 (1):24-31. [Internet]. Fecha de acceso 25/05/17. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v7n1/2007-1523-rmta7-01-00024.pdf>
9. Sánchez A. J, Ruiz M. A. Relación entre Autoestima e Imagen Corporal en Niños con Obesidad. Rev. Mex. de trastor. Aliment, 2015; 6 (1): 38-44.
[Internet]. Fecha de acceso 20/04/17. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n1/2007-1523-rmta-6-0100038.pdf>
10. Hidrogo S. J. Influencia de los Factores Psicosociales en el Sobrepeso y Obesidad en Jóvenes. [Magister]. Facultad de Salud Pública y Nutrición: UANL. 2014: 80 [Internet]. Fecha de acceso 18/04/17. disponible en:
<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080259413.PDF>
11. Aristizabal V.P, García C. D, Vélez A. C. Asociación de los Determinantes Sociales de la Salud y Calidad de Vida con el Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes entre 15 y 19 años de Manizales 2011-Estudio de Casos y Controles. [Tesis Maestría]. Colombia: Universidad Autónoma de Manizales; 2013. Disponible en:

<http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/572/1/1%29%20Tesis%20%28corregida%2c%20con%20cambios%20aceptados%29%5b1%5d-1.pdf>

12. De Abreu C.A, Rojas MN. Asociación entre Autoestima, Imagen Corporal e Índice de Masa Corporal. [Tesis licenciada]. Venezuela- Mérida: Universidad de Los Andes; 2011. [Internet]. Fecha de acceso 24/05/17. Disponible en: http://www.medic.ula.ve/cip/docs/resumen_jornadas4/autoestima.pdf
13. Hernández ÁG. Prevalencia de Sobrepeso Y Obesidad, Y Factores De Riesgo, en Niños De 7-12 Años, En Una Escuela Pública de Cartagena Septiembre-octubre De 2010 (Tesis Maestría) Bogotá, D.C. [Internet]. Fecha de acceso 26/06/17. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4191/1/guiomarmariahernandezalvarez.2011.pdf>
14. Instituto Nacional de Salud [INS.gob.pe]. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida; 2012- 2013. Perú. Mayo 2015. (fecha de acceso: 25-06-2017).disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICION%20AL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICION%20AL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)
15. Blas S Y, Loja CJ. Estado Nutricional y Nivel de Autoestima del Escolar de la Institución Educativa n° 80008 “República Argentina, Trujillo. 2015. [Tesis Licenciatura]. Trujillo: [Internet]. Fecha de acceso 20/06/17. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1991/1/re_enfe_yessenia.blas_jackeline.loja_estado.nutricional_autoestima_datos.pdf
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [INEI.gob.pe]. Perú

Enfermedades no Transmisibles y Transmisibles 2014. Abril 2015. Fecha de acceso: 01-05-17. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf

17. Cisneros N. E, Manuyama A. k, Saldaña H. A. "Nivel de Autoestima y Estado Nutricional de los Adolescentes de la Institución Educativa Secundaria teniente Manuel Clavero, Iquitos 2012". [Tesis Licenciatura]. I quitos. UNAP; 2013. [Internet]. Fecha de acceso 20/09/17. Disponible en Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_82a89d68708da03bc70e55bd6a57367a/Details
18. Coras BD. 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. [Magister]. Facultad de Medicina: UNMS. 2011:74. [Internet]. Fecha de acceso 20/06/17. Disponible en: http://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/CONCYTEC/118/1/coras_bd.pdf.
19. Monzón P. L, Autoestima Según Género en el Cuarto Grado de Primaria de Instituciones Educativas de la Red 6 De Ventanilla Lima – Perú 2012. Tesis Maestría. [Internet]. Fecha de acceso 21/04/17. Disponible en: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1223/1/2012_Monz%C3%B3n_Autoestima%20seg%C3%BAn%20g%C3%A9nero%20en%20el%20cuarto%20grado%20de%20primaria%20de%20instituciones%20educativas%20de%20la%20Red%20N%C2%B0%206%20de%20Ventanilla.pdf

20. Ministerio de Salud de Perú, (ENAHOCENAN) 2009 – 2010. Informe Ejecutivo- Ayacucho – Situación nutricional. [Internet]. Fecha de acceso 05/07/17. Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/Ayacucho.pdf
21. Méndez. S. U. Obesidad. Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas. 2º ed. México: el manual moderno; 2002. P (8-13).
22. Aranceta BJ. Pérez RC. Epidemiología de la obesidad. En: Moreno EB. Monereo MS. Alvares HJ. Obesidad la epidemia del siglo XXI. 2º ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000. 124 – 148.
23. Real S.J. Causas biológicas y sociales de la obesidad. En: Centro San Camilo Vida y Salud. N° 63 (2013). [Internet]. Fecha de acceso 13/10/17. Disponible en: <http://www.cscbiblioteca.com/assets/49.causas-biologicas-y-sociales-de-la-obesidad--online.pdf>
24. Paredes SR. Sobrepeso y obesidad en el niño y el adolescente. En: seminario El Ejercicio Actual de la Medicina. [Internet]. Fecha de acceso 24/08/17. Disponible en:
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/ago_01_ponencia.html
25. Pavón de Paz, BI. Vega PB. Monereo MS. Clínica de la obesidad. En: Moreno EB. Monereo MS. Alvares HJ. Obesidad la epidemia del siglo XXI. 2º ed. Madrid: Diaz de Santos; 2000. 149 – 168.
26. Costa R. Obesidad clasificación clínica. Sitio medico [en línea].2004. [Internet]. Fecha de acceso 17/06/17. Disponible en:
<http://www.sitiomedico.org/artnac/2004/02/01.htm>

27. Centros para el Control y la Prevención de enfermedades [internet]. Índice de Masa Corporal para Niños y Adolescentes: mayo 2015; [Internet]. Fecha de acceso 03/05/17. Disponible en:
https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html
28. Enriquez GM, tipos de obesidad. En blog: trastornos de la alimentación, 2010. [Internet]. Fecha de acceso 04/11/17. Disponible en:
<http://trastornosalimenticiosuia.blogspot.pe/2010/04/tipos-deobesidad.html>
29. Hernández RM. Revista española de pediatría Sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia” Volumen 64 EneroFebrero 2008. [Internet]. Fecha de acceso 12/08/17. Disponible en:
<http://www.seinap.es/wpcontent/uploads/RevistadePediatria/2008/REP%2064-1.pdf#page=31>
30. Week A. Efectos Psicológicos de la Obesidad en la Adolescencia. [Internet]. Fecha de acceso 17/06/17. Disponible en:
http://muyfitness.com/efectos-psicologicos-obesidad-info_16858/
31. Tovar Urbina N. Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo- Independencia, 2009 Lima-Perú 2010. [Internet]. Fecha de acceso 03/06/17. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/253>
32. Mahan, K. Escott, S. (2003) Nutrición y Dietoterapia de, Krause, editora McGraw-Hill, 10 edición, México, ISBN 970-10-3204-7. [Internet]. Fecha de acceso 17/04/17. Disponible en:

[https://scholar.google.com.pe/scholar?q=32.%09Mahan,+K.+Escott,+S+\(2003\)+Nutrici3n+y+Dietoterapia+de&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwi42dqK3PjXAhXEKyYKHbdoD5UQ](https://scholar.google.com.pe/scholar?q=32.%09Mahan,+K.+Escott,+S+(2003)+Nutrici3n+y+Dietoterapia+de&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwi42dqK3PjXAhXEKyYKHbdoD5UQ).

33. Sarria, J. (2000). La autoestima en el ámbito Escolar. Enedsac.edu: Perú, [Internet]. Fecha de acceso 14/06/17. Disponible en:

<https://es.scribd.com/doc/45112990/La-Autoestima-en-El-AmbitoEscolar>

34. Organizaci3n Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Internet].

Fecha de consulta 22 de abril del 2017. Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

ANEXOS

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ENCUESTA – CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN: Buen día, somos egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, nos encontramos realizando un estudio de Investigación, cuyo objetivo es obtener información a fin de que pueda contribuir a dicha investigación el cual es de tipo personal, por lo que se le solicita que responda con veracidad a las preguntas. Agradezco anticipadamente por su colaboración y sinceridad en las respuestas.

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente las preguntas para responder y marque con un aspa (x) la respuesta que usted decida.

I. DATOS GENERALES.

1.1 Edad

- a) 10 – 13 años. ()
- b) 14- 16 años. ()
- c) 17 – 19 años ()

1.2 Sexo

- a) Femenino. ()
- b) Masculino. ()

1.3 ¿Con quién vives?

- a) Padres. ()
- b) Familiares. ()
- c) Solo. ()

1.4 ¿Dónde vives?

- a) Urbana. ()
- b) Periurbana. ()
- c) Rural. ()

1.5 ¿Cuál es tu religión?

- a) Católico. ()
- b) Evangélico. ()
- c) Protestante. ()

1.6. Condición laboral de los padres:

- a) Trabajador dependiente ()
- b) Trabajador independiente ()
- c) Empleador ()
- d) Trabajador del hogar ()
- e) Desempleado ()

1.7. Grado de instrucción de la madre:

- a) primaria completa. ()
- b) secundaria incompleta ()
- c) Secundaria completa ()
- d) Superior incompleta ()
- e) iletrada analfabeta ()

1.8. Grado de instrucción del padre:

- a) Primaria incompleta ()
- b) primaria completa ()
- c) Secundaria incompleta ()
- d) Secundaria completa ()
- e) Superior incompleta ()
- f) Superior completa ()
- g) Iletrada Analfabeto ()

1.9. Promedio de ingresos económicos

- a) Menor a 850.00 soles ()
- b) 851.00-1500.00 soles ()
- c) Mayor a 1500.00 soles ()

Fuente: Diseñado por las investigadoras; Elsa Huauya y Diana Sicha.

II. FICHA DE EVALUACION DE ESTADO NUTRICIONAL

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	PESO	TALLA	IMC

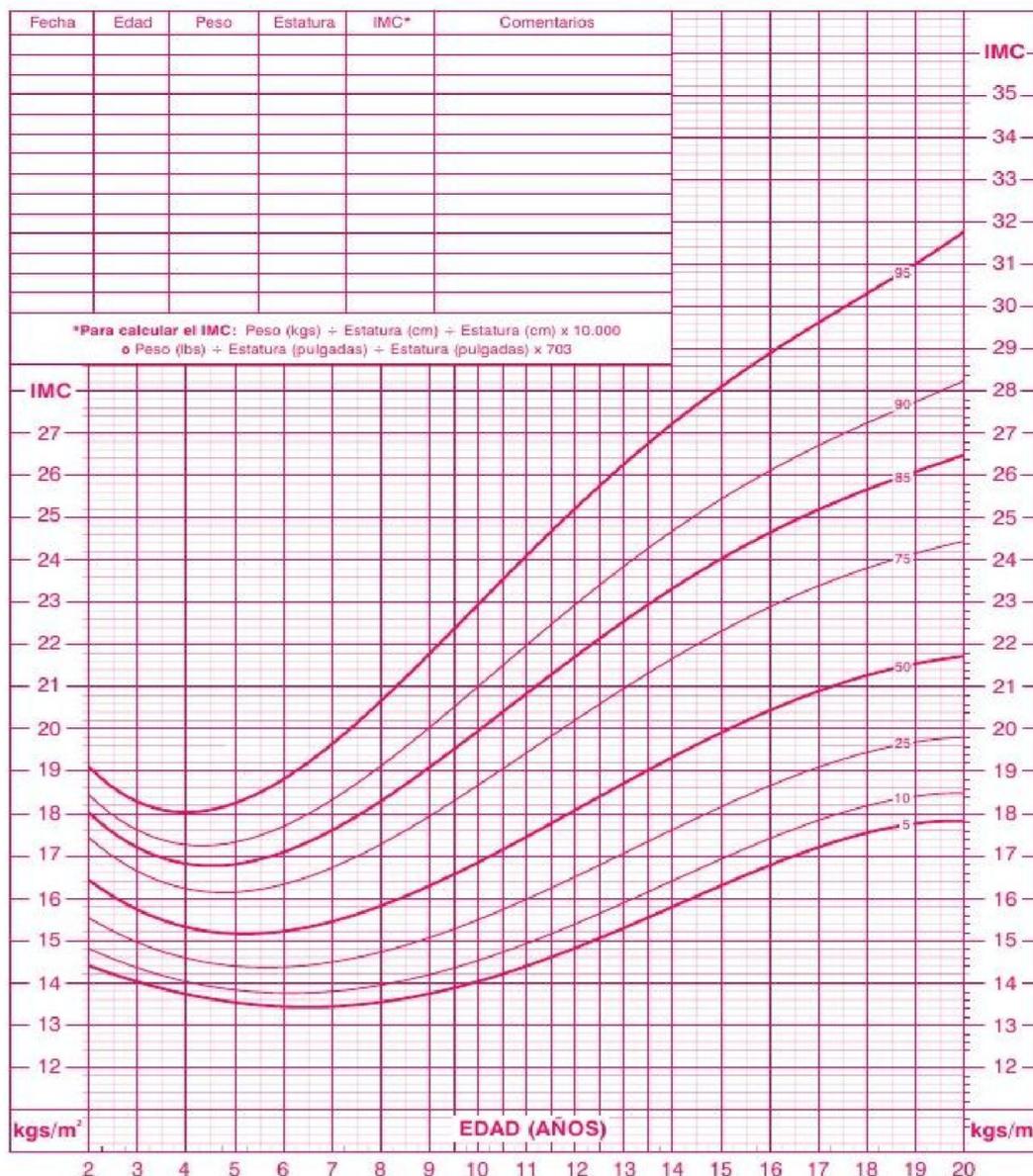
Las tablas de crecimiento CDC para el IMC por edad para niñas y niños

2 a 20 años: Niñas

Nombre _____

Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



III. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

INDICACIÓN: Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo

Fuente: Adaptado del centro de control y prevención de enfermedades del Perú (CDC- Perú).

ITEMS	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

PUNTAJE

De 30 a 40 puntos: Autoestima alta.

De 26 a 29 Puntos: Autoestima mediana.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja.

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. Padre/Sra. Madre de familia

Por la presente se informa que se está realizando un estudio que busca determinar la relación entre Sobrepeso, Obesidad y el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Pública “Gustavo Castro Pantoja”.

Para lo cual se realizarán las siguientes actividades, el día...del mes de...del 2017.

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

CONSENTIMIENTO

En tal sentido:

Yo, Don/Dona.....

MANIFIESTO

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

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.

Ayacucho.....de.....del 2017.

Firma del padre de familia o apoderado DNI:

ANEXO N°3

**ANTROPOMETRÍA A LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO
GUSTAVO CASTRO PANTOJA**



TALLAR



ACTIVIDAD FÍSICA

