

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Autoestima en Adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP Augusto B.
Leguía Rímac, 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autor: Bachiller Milagros Bravo Alonzo

Lima – Perú
2018

Dedicatoria

Al Creador del Universo, por darme la oportunidad de realizar mis anhelos; a mi madre, por haberme formado con valores, y a mi familia por su apoyo y comprensión, gracias a su apoyo hubiera he podido culminar mis estudios.

Agradecimiento

A la plana docente de la Facultad de Psicología por haberme guiado desde el inicio de mi carrera. A todos los amigos y compañeros de aula, por compartir las mejores horas y momentos

A los responsables de las Áreas de Psicología del HOSP. PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC 2017, por haberme facilitado el desarrollo de mi investigación en su institución.

ÍNDICE

Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Lista de tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

	Pág.
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2 Formulación del problema. Problema principal y problemas secundarios.....	19
1.3 Objetivos generales y objetivos específicos.....	20
1.4 Justificación e importancia de la investigación.....	21

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes. Internacionales y Nacionales.....	23
2.2 Bases teóricas (Teorías científicas).....	30
2.3 Definiciones conceptuales.....	55

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo, diseño utilizado y nivel de la investigación.....	63
3.2 Población y muestra.....	64
3.3 Identificación de la variable y su Operacionalización.....	66
3.4 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.....	69

CAPÍTULO IV. PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1	Procesamiento de los resultados.....	75
4.2	Presentación de los resultados	76
4.3.	Análisis y discusión de los resultados.....	83
4.4	Conclusiones.....	91
4.5.	Recomendaciones.....	92

CAPITULO V. PROGRAMA DE INTERVENCION

5.1.	Programa de Intervención.....	93
------	-------------------------------	----

REFERENCIAS

6.1.	Referencias bibliográficas.....	137
------	---------------------------------	-----

ANEXOS

- Anexo 1. Matriz de Consistencia
- Anexo 2. Instrumento. Inventario de Coopersmith
- Anexo 3. Hoja de control de peso
- Anexo 4. Encuesta sociodemográfica
- Anexo 5. Tabla para calcular el peso ideal, según altura y peso
- Anexo 6. Tabla para calcular el IMC
- Anexo 7. Ficha de evaluación
- Anexo 8. Consentimiento informado padres
- Anexo 9. Asentimiento de menor de edad
- Anexo 10. Programa para el tratamiento de la obesidad del adolescente
- Anexo 11. Cronograma Gantt - agosto 2017 – febrero 2018
- Anexo 12. Presupuesto.

LISTA DE TABLAS

Tablas	Página
Tabla 1. Adolescencia temprana. Indicadores.....	35
Tabla 2. Adolescencia media. Indicadores.....	36
Tabla 3. Adolescencia tardía. Indicadores.....	37
Tabla 4. Cambios físicos en los cuerpos de los adolescentes.....	39
Tabla 5. Muestra seleccionada.....	65
Tabla 6. Operacionalización de la Variable.....	68
Tabla 7. Normas de corrección	72
Tabla 8. Coeficientes del Inventario de autoestima	73
Tabla 9. Niveles del Inventario de autoestima.....	73
Tabla 10. Puntaje de las Sub escalas.....	73
Tabla 11. Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación Autoestima en los adolescentes con sobrepeso (Puntaje total).....	76
Tabla 12. Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a los niveles de Autoestima de en los adolescentes con sobrepeso.....	77

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo el de determinar el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017. El tipo de investigación fue descriptivo y el nivel aplicado, el método y diseño de investigación fue transeccional descriptivo. La población en estudio estuvo representada por los 30 pacientes adolescentes de entre 10 y 18 años, mientras que el muestreo fue censal teniendo una muestra de 30 jóvenes adolescentes, entre hombres y mujeres, pacientes del Hospital. Para medir autoestima se utilizó el Escala de autoestima de Coopersmith el cual está compuesto por 58 afirmaciones que determinan los niveles de autoestima. Los resultados determinaron que en cuanto a los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad cuanto a los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad el 60 por ciento se ubica en el nivel medio bajo de autoestima, mientras que el 27 por ciento en el nivel bajo y el 13 por ciento en el nivel medio alto. Lo cual refleja que la mayoría se encuentra entre los niveles bajo y medio bajo, Lo cual refleja que la mayoría se encuentra entre los niveles bajo y medio bajo, Queda demostrado que El nivel de autoestima es bajo, entre los adolescentes con sobrepeso y obesidad, atendidas el Hospital Augusto B. Leguía-Rímac.

Palabras clave: Autoestima, adolescentes, auto-evaluación, auto-conocimiento, auto-concepto.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the level of self-esteem in overweight adolescents in the PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC Hospital in 2017. The type of research was descriptive and the level applied, the method and design of research was descriptive transectional. The study population was represented by the 30 adolescent patients between 10 and 18 years old, while the sample was census taking a sample of 30 young adolescents, between men and women, patients of the Hospital. To measure self-esteem, the Coopersmith Self-Esteem Scale was used, which is composed of 58 affirmations that determine the levels of self-esteem. The results determined that in terms of adolescents diagnosed with overweight and obesity, adolescents diagnosed with overweight and obesity, 60 percent are in the low average level of self-esteem, while 27 percent in the low and 13 percent in the medium high level. Which reflects that the majority is between the low and medium low levels, which reflects that the majority is between the low and medium low levels, It is demonstrated that the level of self-esteem is low among adolescents with overweight and obesity, attended the Augusto B. Leguía-Rímac Hospital.

Keywords: Self-esteem, adolescents, self-evaluation, self-knowledge, self-concept.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la obesidad es una enfermedad que se ha constituido en un problema de salud pública a nivel mundial. Afecta a personas de todas las edades. Según **Lozano-Rojas, Gaudi, Cabello-Morales Emilio, y otros (2012, p.494)** se pueden identificar “tres periodos críticos para su desarrollo: el prenatal, el periodo de 4 a 8 años de edad y la adolescencia; los cuales constituyen factores de riesgo para desarrollar en la adultez: obesidad, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo 2 [sic]”.

El **Ministerio de Salud (2015)** sostiene: “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, existiendo además un alto y muy alto riesgo de enfermar en la población adulta.”(p.4)

Hidrogo (2014) afirma: “Para los adolescentes el peso se refiere a la percepción de la imagen corporal que juega un rol importante para relacionarse con los demás. Los efectos psicológicos negativos de una pobre imagen corporal y de la percepción distorsionada del peso, tales como baja autoestima, ansiedad y depresión, han sido relatados en algunos estudios”(p.15). Los jóvenes que se miran a sí mismos como obesos tienden a aislarse y se sienten discriminados por su entorno social (**Ramón, 2010**).

Así, es necesario que el tratamiento de la obesidad en el adolescente tenga un enfoque integral y multidisciplinario, si no es así, solo se tendrá un éxito parcial. (**Morales, 2010**).

Es por ello que el presente trabajo de investigación busca determinar el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017.

Este trabajo ha sido estructurado de la siguiente manera:

En el Capítulo I se presenta el planteamiento del problema, describiendo la realidad problemática y definiendo el problema general y los problemas específicos relacionados con las variables. Se presentan asimismo los objetivos

En el Capítulo II. Contiene los Fundamentos Teóricos, El marco teórico, los antecedentes y el marco conceptual. Se incluye la clasificación y la definición operacional de variables.

En el Capítulo III se presenta la Metodología, tipo y nivel, método y diseño del estudio, se define la población, la muestra y el muestreo. Incluye las técnicas de recolección de datos y del procesamiento de la información.

En el Capítulo IV se realiza la Presentación y Análisis de Resultados, la información recogida mediante tablas y gráficos y la discusión de los resultados. En este acápite se presentan las Conclusiones y Recomendaciones del trabajo de investigación

En el Capítulo V se realiza la Presentación del Programa de Intervención.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Toda persona es una suma de emociones y sentimientos saludables e insanos, en la primera está la alegría, el amor, coraje, miedo, paz, y la tristeza, en la segunda se encuentra el odio, la envidia, los celos, la ira y otras. Todo individuo independientemente del nivel de auto estima que maneje, se ve afectado con mayor o menor intensidad por estas emociones, que constituyen un trampolín que lo lanza de manera sorprendente hacia la acción, cuando se pierde el control de ellas, se limita la capacidad para relacionarse positivamente con los demás y con el mundo que le rodea, siendo destructiva para la persona.

La autoestima es un proceso que se forma desde que es concebido, grabándose mentalmente mensajes y experiencias agradables como desagradables, que le permiten adquirir seguridad, confianza, alegría, serenidad, equilibrio, o sensibilidad, desconfianza, agresividad, ira, y otras que dejan heridas profundas en la autoestima y personalidad del individuo, aflorando con facilidad en la persona afectada por un trauma físico, o psicológico. A decir de la **OMS (2017)** “Uno de los factores que afecta la construcción de una autoestima sana en el individuo, especialmente a una edad de formación más temprana es la obesidad o sobrepeso [sic]”

Rivera-Vázquez Patricia Carbajal-Mata Flor Esthela, Maldonado-Guzmán Gabriela (2017) señalan: “A nivel mundial esta situación esta afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que existen (FAO,2015) más de 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo. En América Latina, países como Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y

Uruguay revelan un aumento de casos de obesidad y muestran que alrededor del 50% de su población tiene sobrepeso y más del 15 por ciento es obeso” (p.23).

En la actualidad la obesidad es una enfermedad que se ha constituido en un problema de salud pública a nivel mundial. Afecta a personas de todas las edades. Según **Lozano-Rojas, Gaudi, Cabello-Morales Emilio, y otros (2012, p.494)** se pueden identificar “tres periodos críticos para su desarrollo: el prenatal, el periodo de 4 a 8 años de edad y la adolescencia; los cuales constituyen factores de riesgo para desarrollar en la adultez: obesidad, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo 2 [sic]”.

Según la **OMS (2017)**: “la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en adolescentes se define de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar (sobrepeso = el IMC para la edad y el sexo con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y obesidad = el IMC para la edad y el sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS) [sic]”.

Interfiere en todas las áreas de nuestra vida, lo que también incluye nuestro peso, la forma de comer, la alimentación y nuestros hábitos. Como consecuencia también influye en nuestro estado mental, pudiendo manifestarse en una autoestima baja, decidida a sabotearnos para volver a tener razón: no mereces ser feliz. Porque, aunque parezca impensable, podemos llegar a odiarnos a nosotros mismos (**Utópico 2017**).

Según **MINSA (2012, p.9)**: “En Perú Entre los adolescentes de 10 a 19 años (etapa en que se manifiestan procesos que influyen en el tamaño, forma y composición del organismo) el sobrepeso y la obesidad eran del 13.5 por ciento en hombres y del 15 por ciento en mujeres (ENAH0 2008)”.

Según MINSA, el 20.3 por ciento de los escolares de secundaria presentan sobrepeso y obesidad, respectivamente **(Ibídem, 2012, p.9)**

Por otro lado El Diario **La República (2017)**, en su edición digital del 20 de junio de 2017 afirma: “El 18,3 por ciento de los mayores de 15 años es considerado obeso El consumo de alimentos ultra procesados y comida rápida creció en 107 por ciento y 256 por ciento en la última década. Desde antes de publicarse el reglamento de la Ley de Alimentación Saludable (Ley N°30021), autoridades y expertos han explicado que dicha norma es importante para combatir dos problemas urgentes: el sobrepeso y la obesidad, cuya prevalencia se ha incrementado de forma sostenida en los últimos años [sic]”.

(Ministerio de Salud, 2015) precisa: “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, existiendo además un alto y muy alto riesgo de enfermar en la población adulta” (p.4)

Para nuestro grupo objetivo el peso corporal se refiere a la aprehensión de la propia imagen que juega un rol fundamental en la relación con los demás. El efecto negativo (psicológico) de una escasa imagen corporal y de la percepción alterada del peso, que se expresa en baja autoestima, ansiedad y depresión, han sido materia de muchos estudios. En general los adolescentes que se sienten como obesos se perciben discriminados y aislados en su mundo social. **(Ramón, 2010)**.

La obesidad es una enfermedad que depende de muchos factores y con determinado nivel de complejidad, factores que pueden ser de origen genético, fisiológicos, relacionados con el metabolismo, de raíz psicológica o condicionamiento social.

Es necesario que el tratamiento de la obesidad en el adolescente tenga un enfoque multidisciplinario e integral, sino solo se tendrá un éxito limitado. Por este

motivo, se debe buscar como objetivo además de la pérdida de peso, el desarrollo sostenido de hábitos de vida saludables.

La adolescencia es una etapa de la vida donde se producen cambios **(Gómez, 2006)** “tanto internos como externos del individuo, hablando de la cuestión fisiológica, se deben a las hormonas que dan inicio al desarrollo sexual y la cuestión psicológica que altera los hábitos de la alimentación y actividad física, por lo tanto, si no se produce una buena adaptación entre las necesidades producidas por los cambios corporales propios de la edad y la alimentación, los adolescentes tienen una gran probabilidad de sufrir trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ya sea por exceso (obesidad) o por defecto (anorexia, bulimia etc.)” **(p.23)**.

En la adolescencia este problema se evidencia debido a que el incremento en la masa corporal que acompaña al sobrepeso y la obesidad genera además conflictos psicológicos. Esta situación limitar ciertas actividades (deportivas y sociales) y puede presentar baja autoestima, depresión, ansiedad, problemas de conducta, trastornos alimentarios y ser víctima de discriminación social.

Siendo la etapa adolescente una de las más importantes en la vida del ser humano en donde se aviva y ejercita el entendimiento sobre las emociones, se descubre el carácter y se suscitan cambios que pueden reorientar el sentido de la vida misma **(Aguilar-Ye A, Puig-Sosa P, Luna L, Sánchez P, Rodríguez R y Rodríguez L, 2002)**, resultando relevante para abordar a “la autoestima refiriéndose a la descripción y valoración que hace el individuo de sí mismo tratándose de una experiencia íntima sobre lo que el adolescente siente y piensa de sí mismo y no sobre lo que otras personas opinan de él, ya que una autoestima alta le permite sentirse valioso, capaz y digno; en cambio un adolescente con autoestima baja se siente inferior, incapaz o inútil” **(Aguilar-Ye A, et al , 2002)**.

Esta condición de valoración se expresa en tres dimensiones que se relacionan con la autoestima: Autoconocimiento, auto concepto y autoevaluación **(López, 2005)**.

Autoconocimiento es conocer la partes que integra el yo, como se manifiestan, conocer las propias necesidades y habilidades a través de los cuales actúa.

(Lopez.2005) afirma: “El autoconocimiento es fundamental en todos los seres humanos, a partir de ahí es que podemos con toda seguridad saber nuestros gustos, tomar decisiones, actuar, poner límites y actuar bajo nuestra total convicción en todo momento. Conocerme significa percibirme completo: mi cuerpo, mis pensamientos y sentimientos, y mi capacidad de relacionarme con otros. Conocerme es descubrirme con capacidades, habilidades y virtudes, pero también con límites, defectos, errores. Conocerme es darme cuenta de que cambio, no siempre soy igual, soy alguien dinámico” **(p 90)**.

Por otra parte el Auto concepto se relaciona con las creencias acerca de sí mismo, que se expresan en la conducta **(Ibídem, 2005)**. Es el significado que tiene de sí mismo, así como características físicas y adjetivos calificativos que poseen. En nuestro auto concepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros (por ejemplo, si pienso que soy torpe me siento mal, por tanto, hago actividades negativas y no soluciono el problema). A su vez la Autoevaluación es la capacidad interna de evaluar las cosas buenas y malas según el criterio propio de su vida ya sea positivo o negativo para mí, reflexionando al mismo tiempo sobre normas y valores de la sociedad. Poco a poco vamos a encontrar los puntos que van a guiar nuestra conducta, desarrollaremos nuestro propio juicio y aprenderemos a confiar en él, en lugar de basarnos solamente en lo que piensan las demás personas.

Rodríguez Estrada, M. (2015) dice: “La autoevaluación es estar consciente de sí mismo. El darse cuenta de lo que está pasando en ese momento a su alrededor de uno mismo es la llave para cambiar y crecer”. Según la teoría de Gestalt es prestar más atención a las propias vivencias para comprenderlas y así comprender la existencia; “darse cuenta” de lo que está pasando en ese momento a su alrededor” **(p.12)**.

En el distrito del Rímac, se considera una zona urbana marginal en la provincia de Lima, en la que no se ha investigado a profundidad respecto a la autoestima en los adolescentes, a pesar de que La gran demanda habitacional se expresa en el hacinamiento, la sobre utilización del espacio y la exagerada subdivisión, produciendo inmuebles de baja calidad arquitectónica, desorden, deterioro urbano y trayendo como consecuencia la tugurización y destrucción de edificios históricos que son usados como viviendas populares. En este distrito se encuentra ubicado el Hospital PNP Augusto B. Leguía.

El Hospital PNP” Augusto B. Leguía uno de los establecimientos de Salud de la Policía Nacional del Perú, El Hospital PNP "Augusto B. Leguía" se encuentra ubicado dentro de las instalaciones del Complejo Policial PNP “CMDTE. PNP JUAN BENITES LUNA”, en el Pasaje San Germán, continuación del Pasaje Daniel Alcides Carrión de la Urbanización Villacampa del distrito del Rímac.

El Hospital Augusto B. Leguía posee actualmente 99 camas hospitalarias, 21 de Medicina, 35 de Cirugía, 15 de Gineco Obstetricia y 14 de Pediatría. Cuenta con Centro quirúrgico con Cuatro Salas de Operaciones y 8 camillas de Recuperación y su Emergencia tiene 3 ambulancias y 6 Boxes de atención donde se realiza en promedio 80 atenciones diarias. Se brinda atención de Consulta externa en siete especialidades de Medicina, Pediatría, Ginecología y cinco especialidades quirúrgicas que permiten realizar un promedio de tres intervenciones quirúrgicas diarias. Gracias a las gestiones anteriores de Sanidad cuenta con el servicio de imágenes digital con el que no cuentan muchos establecimientos del país y gracias al decidido apoyo del comando, con el Plan de Adecuación de la Sanidad a UGIPRESS (Unidad de Gestión de Prestaciones de Salud). Es atendido por 430 personas, 129 oficiales y 296 suboficiales, y personal civil contratado por locación de servicios por SALUDPOL que aseguran la atención de los usuarios.

El hospital atiende a una población de niños, jóvenes y adultos que varía en función de la morbilidad, y los requerimientos de salud de las familias de los miembros de la institución policial. En este establecimiento se ha identificado indicadores de obesidad en adolescentes que atienden por dolencias específicas derivadas de este síndrome, tales como diabetes mellitus y otras enfermedades.

Durante el año 2016, se han atendido 346 pacientes, entre hombres y mujeres de entre 11 a 16 años (adolescentes), de los cuales el 23.6 por ciento presentó algún tipo de problema relacionado con el sobrepeso, producto de un marcado desorden alimenticio. El 67 por ciento de los atendidos fueron de sexo femenino. Complementariamente a evaluación clínica, el área de medicina estableció un protocolo para determinar y descartar cuadros de ansiedad, tratando de relacionar este nivel de morbilidad con determinados indicadores externos: Comunicación familiar, Manejo inadecuado de conflictos, niveles de insatisfacción corporal.

Se presentaron sin embargo dificultades en el recojo de la información por lo que no se pudieron establecer indicadores adecuados que permitieran relacionar la morbilidad encontrada con estos indicadores. Además, la información que se solicitaba no consideraba evaluar específicamente la Autoestima como una de las variables a relacionar.

Otra de las dificultades, fue que no existía una estrategia para llegar a la familia de la adolescente, y que hiciera posible su colaboración y posterior toma de conciencia sobre las características multifactorial y complejas de la obesidad. Y que por lo tanto requería una intervención desde el campo del asesor psicológico.

Por otro lado, la ejecución desde una mirada psicológica, se encuentra vinculada a la prioridad uno establecida en los Planes institucionales de Salud (Ministerio de Salud, 2012). Sin embargo, en el sector, y en especial en el distrito del Rímac, las iniciativas sobre adolescente que adolecen de sobrepeso se encuentran limitadas a una intervención clínica, exclusivamente. Si la condición de escasez de recursos hacia

este enfoque continua, no se cuenta con la información sobre el nivel de autoestima de los adolescentes con sobrepeso que se tratan en el Hospital PNP: Augusto B. Leguía Rímac.

Por lo antes mencionado, se presenta la siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de autoestima de los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP Augusto B. Leguía, Rímac, en el 2017?

1.2 Formulación del problema.

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017?

1.2.2. Problemas secundarios

- ¿Cuál es el grado de auto concepto y autocrítica en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017?
- ¿Cuál es el grado de integración social en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017?
- ¿Cuál es el grado de Comunicación familiar y autonomía en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017?
- ¿Cuál es el grado participación y logro escolar en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017?

1.3 Objetivos generales y objetivos específicos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el grado de auto concepto y autocrítica en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017.
- Identificar el grado de integración social en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017.
- Identificar el grado de Comunicación familiar y autonomía en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017.
- Identificar el grado participación y logro escolar en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017.

1.4 Justificación e importancia de la investigación

El conjunto de teorías nos refiere que la autoestima en los adolescentes es de gran importancia ya que es una etapa llena de grandes problemas es por

eso llegar a ella sin las herramientas emocionales para enfrentarlas puede generar problemas anímicos, la autoestima en los adolescentes para que así puedan enfrentar este tipo de condiciones que se le presenta día a día con la finalidad de que vivan una etapa más saludable.

La autoestima es la forma como cada uno se auto valora, quien tiene una alta autoestima se aprecia así mismo, podrá interactuar con los demás sabiendo diferenciar los que son mejores en alguna habilidad, pero no sintiéndose más que otros. Es necesario ya que existen posibles repercusiones en la autoestima de los adolescentes o consecuencias que dañan la salud como por ejemplo: depresión, suicidio, anorexia, bulimia, alcoholismo, drogadicción e inicio de las relaciones sexuales tempranas.

Por este motivo, y dado que a la fecha no existen muchos estudios con metodología científica en el tema de la autoestima en los adolescentes realizado en el distrito del Rímac, surge entonces la necesidad de investigar este tema con el objetivo de reportar cómo se encuentra el nivel de la autoestima en los adolescentes en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA.

Este estudio permitirá considerar a toda la familia en las estrategias para el tratamiento del sobrepeso y obesidad, el cual es ineludible involucrar más a los padres, a los maestros y a los mismos amigos que son muy importantes en la recuperación de cualquier enfermedad y permita alcanzar calidad de vida y estilos de vida saludable en niños, adolescentes y adultos.

La carga económica que irroga el tratamiento representa un riesgo para la sostenibilidad de un sistema de salud pública y de las familias. La utilización de medicamentos y tratamientos que ocasiona las enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad, repercute en la economía de los servicios de salud.

Por todo lo anterior es importante la detección oportuna de los factores que pueden estar asociados al sobrepeso y la obesidad (actividad física, antecedentes herencia familiar, alimentos, alteración en la relación familiar). Esta evaluación previa brinda la oportunidad de modificar o intervenir en ellos, para evitar complicaciones en el plano físico-funcional, económico, emocional y familiar de cada paciente.

Permitirá adquirir conocimientos sólidos que puedan ser aplicados en el ámbito familiar. Es recomendable y necesario crear equipos multidisciplinarios que se encarguen de diseñar y evaluar programas educativos con estrategias específicas para prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad.

Este estudio beneficiará a los estudiantes de psicología, ya que dará los adecuados resultados que servirán como antecedentes para futuras investigaciones en el país. También serán beneficiadas las personas que participen en esta investigación, pues tendrán criterios científicos para la autoayuda. Además se contará con más criterios objetivos respecto a la realidad de la autoestima de las personas con sobrepeso.

El estudio de investigación le da al tesista la oportunidad de adquirir mayor experiencia en el área psicológica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes. Internacionales y Nacionales

2.1.1. Antecedentes Internacionales

García, A. y Cabezas, J. (1998) realizaron un estudio sobre: “**Programa para la mejora de la autoestima y de las habilidades sociales**” en el Proyecto Oroel de Salud y Educación Sexual (Eoepsabi), Aragón, España. El objetivo general fue favorecer el desarrollo personal y social de un grupo de alumnos con graves deficiencias visuales, fundamentalmente a través de la mejora de su autoestima y de sus habilidades sociales. La población estuvo compuesta por 11 alumnos/as escolarizados en distintos centros ordinarios de la provincia de Cáceres. Estos 11 alumnos representan la casi totalidad de alumnos/as adolescentes con deficiencias visuales escolarizados en centros de la provincia, de edades comprendidas entre los 13 y los 23 años. El diseño es de corte cuasi-experimental. El programa empleado fue desarrollado a través de 8 sesiones presenciales, entre los meses de febrero y mayo de 1998. En esta investigación se utilizaron dos instrumentos de evaluación: un cuestionario tipo Likert para la evaluación de la autoestima de los alumnos y un cuestionario de evaluación cualitativa, destinado a los padres y a los alumnos, para la evaluación del aprovechamiento del programa. Las conclusiones a las cuales llegaron permitió comprobar que existen algunos rasgos peculiares (como es el caso de la autoestima física y la autoestima emocional) que distinguen el perfil de la autoestima de los alumnos con graves deficiencias visuales del perfil de la autoestima de otros alumnos sin problemas visuales. También señala que el programa para la mejora de la autoestima diseñada, ha producido cambios significativos en las autopercepciones de nuestros alumnos con deficiencia visual. Este hecho confirma que el programa desarrollado se constituye como un medio útil para la promoción del desarrollo personal

y social de nuestros alumnos con dificultades visuales, en particular; aunque, por otro lado, tenemos la firme convicción de que puede ser un medio útil para otros alumnos con necesidades educativas especiales, en general, y para el resto de los alumnos sin dificultades.

Méndez de León E. (2012) en el trabajo de Investigación “**Autoestima en hombres con sobrepeso que asisten a los gimnasios en la ciudad de Quetzaltenango, México**”; en la Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Campus de Quetzaltenango, México. El objetivo era de determinar el nivel de autoestima en hombres con sobrepeso que asisten a gimnasios de la ciudad de Quetzaltenango. Dicho estudio fue realizado en los diferentes gimnasios de la ciudad de Quetzaltenango. El punto de partida fue la hipótesis que los hombres con sobrepeso padecen en alguna medida baja autoestima, debido a su condición física. En toda la parte teórica se abordaron las variables de estudio. El tema de autoestima, parte desde una definición hasta su importancia hasta el proceso que lleva en su formación. En segundo lugar se desarrolló la variable sobrepeso; también se investigaron las causas y sus efectos tanto físicos como psicológicos en las personas que lo padecen. El instrumento que se utilizó fue el test EAE (Escala de Autoestima); que consta de nueve aspectos para evaluar a través de una serie de selección de términos. Dando como resultado una calificación sobre la autoestima que poseen las personas evaluadas. Se aplicó el test a 50 personas voluntarias, hombres con sobrepeso; se realizó la tabulación, análisis e interpretación de los resultados; obteniendo que en este contexto los hombres con sobrepeso no poseen una autoestima baja o negativa que pueda ser significativa para su salud mental; pero si para su salud física, lo que a la larga les puede traer por consecuencia secundaria un problema psicológico. Por este resultado se propuso una serie de estrategias para ayudar a estas personas; además se concluyó y se recomendó seguir las estrategias propuestas para evitar posibles problemas emocionales favoreciendo el Índice de Masa Corporal.

Zamorano A. (2009), en el estudio **“Imagen Corporal en adolescentes con obesidad evaluada a través del Dibujo de la Figura Humana y la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal (EEICA)”** en la Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Santiago de Chile. El objetivo del estudio ha sido el de Investigar las características que presenta la imagen corporal en adolescentes hombres y mujeres con obesidad, a través del Dibujo de la Figura Humana y determinar la relación entre la imagen corporal, evaluada a través del Dibujo de la Figura Humana, con los resultados obtenidos en la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes (EEICA) En los últimos 30 años la Obesidad ha llegado a constituirse en uno de los principales problemas nutricionales del país. La población está conformada por adolescentes entre 12 y 18 años integrados a un establecimiento educacional municipalizado, en condiciones de obesidad, de nivel socioeconómico medio-bajo o bajo, pertenecientes a la Región Metropolitana. Los primeros estudios acerca del origen de ésta patología establecían que las personas con sobrepeso comen más que los no obesos como respuesta a diversas emociones, encontrándose dificultada la posibilidad para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni de las emociones que le embargan cotidianamente. El conocimiento del propio cuerpo, que engloba desde los aspectos físicos, pasando por el plano emocional, hasta la esfera cognitiva, ha sido reconocido con el término Imagen Corporal; el cual se desarrollaría desde una vaga noción, hasta la percepción concreta. Constructos psicológicos, como el de la Imagen Corporal, carecen de estudios, especialmente en población de individuos con obesidad. Situación que adquiere especial importancia si se considera que estudios dan cuenta de la asociación entre una mala imagen corporal con desórdenes alimenticios, síntomas depresivos y baja autoestima. Por esta razón, es que se plantea la evaluación de la Imagen Corporal en adolescentes entre 12 y 18 años, de tres comunas de la capital, partícipes del “Proyecto de Alimentación Saludable y Actividad Física para la Prevención de Enfermedades Crónicas en Niños(as) y Adolescentes”, impulsado por el Ministerio de Salud durante el año 2005. En relación de las principales temáticas sobre las que se estructura esta investigación, se llevó a cabo una revisión de la literatura

existente de lo que se conoce por Imagen Corporal, posteriormente se esbozan los principales cambios físicos, psíquicos y sociales que se llevan a cabo durante la etapa de la adolescencia. Finalmente se revisan conceptos claves del sobrepeso y la obesidad. La aproximación al concepto se llevó a cabo a través del Dibujo de la Figura Humana y la Escala de evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes. Planteando el tratamiento de los datos de manera cuantitativa, como una forma de aportar a la complementariedad metodológica de las pruebas proyectivas y las técnicas psicométricas.

Naranjo, C. & Gonzales (2012), realizaron un estudio sobre: “**Autoestima en la adolescencia**”, en la Universidad de Almería, Almería, España. En este trabajo se revisa el estado actual de la investigación sobre autoestima centrándose en los factores que son relevantes para la intervención en adolescentes. En primer lugar, se realiza una distinción conceptual y se analizan las relaciones entre auto concepto, autoestima y percepción de auto valía. Se analiza también el funcionamiento de la autoestima en base a las contingencias de reforzamiento y se revisan sus efectos en los estilos cognitivos y conductuales de afrontamiento. En segundo lugar, se revisa la trayectoria de la autoestima en función del género y se analiza el papel que juegan las contingencias de reforzamiento en su disminución e inestabilidad durante la adolescencia temprana. En tercer lugar, se revisan los hallazgos que muestran la relación entre las deficiencias de autoestima y la generación de una serie de problemas de conducta, emocionales y de salud. Por último, se revisan los hallazgos sobre la intervención en autoestima y se analizan las estrategias más útiles para su cambio en la adolescencia.

Hidrogo S. (2014) en el estudio “**Influencia de los factores psicosociales en el sobrepeso y obesidad en jóvenes**”. En la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Facultad de Odontología, Facultad de Psicología, Subdirección de Investigación, Innovación Y Posgrado. El objetivo del estudio ha sido establecer que La obesidad es un problema de salud pública en la que

México ocupa el cuarto lugar en la que (Juan, 2014). Determinar la asociación entre los factores psicosociales y la presencia del sobrepeso y la obesidad en jóvenes. El diseño del estudio fue transversal/Analítico. Este estudio 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), Imagen Corporal Deseada en cambio, con una media de 2.4 ± 1.0 puntos (normal) y 3.2 ± 1.4 (sobrepeso-obesidad); en Imagen Corporal Percibida con una media de $2.1 \pm .48$ puntos (normal) y 3.2 ± 1.4 (sobrepeso-obesidad); Funcionabilidad familiar en 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. También de acuerdo al análisis de la regresión Lineal múltiple explica un 52.3% de la varianza del IMC, es buena la varianza, pues la R^2 corregida $p=0.52$, además el error típico de los residuos es de 0,56, con el análisis de la Regresión logística se determinó la influencia de los factores psicosociales que explica el sobrepeso y obesidad, pone de manifiesto que asociación la actividad física $OR=.88$ $p=>.44$, autoestima $OR= .94$ $p=>.23$ y funcionalidad familiar $OR=$ $p=>.72$, no son significativas, una vez realizado el modelo ajustado, señala que hay una influencia y asociación entre la imagen corporal deseada con una $OR=.95$ $p=<.021$ e imagen corporal percibida $OR= 3.2$ $p=<.00$. 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.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Aguilar, M. Manrique, L. Tuesta, M. Musayón (2010), En el estudio **“Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa”** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Cayetano Heredia, en Lima – Perú. El objetivo fue analizar los datos de diferentes evidencias para determinar la relación de las variables obesidad, sobrepeso, autoestima y depresión. Esta investigación se realizó mediante recopilación de distintos estudios 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. Las conclusiones a las que llegaron fueron: El 58.7 % tiene un nivel de autoestima bajo. Esta investigación determina 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.

Huaire E. (2012), En el estudio **“Resiliencia, autoestima y rendimiento escolar en instituciones educativas de Ate Vitarte”** en el Distrito de Ate Vitarte. La investigación se llevó a cabo en la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. El Objetivo he sido el de Determinar la prevalencia y relación entre resiliencia, autoestima y el rendimiento escolar en estudiantes de 3ro, 4to y 5to grado de educación secundaria de instituciones educativas del distrito de Ate Vitarte en el departamento de Lima. Métodos: Es un estudio descriptivo - correlacional. Se seleccionó una muestra representativa de 233 estudiantes de tres grados de estudio, a quienes se les administró la Escala de Resiliencia (ERA) que consta de 12 ítems divididos en tres áreas, 04 ítems para cada uno, que miden, realización personal, autodeterminación y autoconfianza. Para medir la variable autoestima, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), adaptada a las edades de la muestra por Villalba (1992). Resultados: Existe una diferencia estadística en las frecuencias de estudiantes ubicados en los diversos niveles de resiliencia y autoestima. La revisión señala que el nivel prevalente de resiliencia es alto, allí se ubica el 71,70 % de éstos o 7 de cada 10. El nivel prevalente de autoestima también es alto, allí se clasifica el 76%

de los estudiantes o 7 de cada 10. El nivel prevalente de rendimiento escolar que caracteriza a la muestra es el nivel bajo; en ello se encuentra el 54,50 % de los estudiantes, o 5 de cada 10. Conclusiones: El nivel de prevalencia tanto de resiliencia como de autoestima de los estudiantes es alto y el de rendimiento escolar es bajo, además, existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia, autoestima y rendimiento escolar.

Noguchi Hideyo (2010), En el “**Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay**” en el Instituto Especializado de Salud Mental “**Honorio Delgado**” Lima– Perú, con el objetivo de identificar los principales problemas de salud mental en esa zona, sus magnitudes, las particularidades sociales de las personas que los sufren y los factores limitantes para el acceso a servicios de salud adecuados. La población estuvo constituida por personas mayores de 12 años residentes en viviendas particulares de la ciudad de Abancay. El método que utilizaron fue descriptivo epidemiológico de corte transversal. Los instrumentos fueron cuestionarios uno de ellos fue el cuestionario de salud mental. Las conclusiones a las que llegó fueron que Las cifras de vida de deseos de morir y de conducta suicida son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años. En cuanto a los motivos señalados tanto por los adolescentes de 12 a 14, como por los de 15 a 17 años, para sentir deseos de morir, pensar, planear o intentar quitarse la vida, resaltan los problemas con los padres.

Gamarra, M. Rivera, H. Alcalde, M. Cabellos, D. (2010) En el estudio “**Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería**”, en la Universidad Cesar Vallejo, Trujillo – Perú, con el objetivo de determinar el nivel de estilo de vida y su relación con el nivel de la autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. La población estuvo constituida por estudiantes de enfermería de la universidad cesar Vallejo de Trujillo. La muestra estuvo conformada por 136 estudiantes. El método que utilizaron fue tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. Los instrumentos fueron el cuestionario de estilo de vida, y la escala de la

autoestima de Rosenberg. Las conclusiones a las que llegaron fueron: Más de la mitad de la muestra de los estudiantes de enfermería de la universidad Cesar Vallejo calificó en un nivel medio en el estilo de vida. Los niveles de autoestima de los estudiantes de enfermería de la universidad de Cesar Vallejo fluctúa entre el nivel medio y bajo.

2.2 Bases teóricas (Teorías científicas)

A continuación, se presentará la revisión de las principales teorías sobre las que se estructura esta investigación. En primera instancia se describe lo que se conoce, incluyendo investigaciones recientes, en relación a lo que se entiende cuando se habla de Imagen Corporal. En segundo lugar se describe el desarrollo que se lleva a cabo durante la adolescencia, tanto a nivel físico, psíquico y social. En tercer lugar se describen conceptos que permiten entender el concepto de obesidad, para finalizar con la descripción de los instrumentos a utilizar.

2.2.1. Imagen Corporal

(Zamorano A ,2009) afirma: “El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en los ámbitos psicológicos, psiquiátricos, médicos en general e incluso en el sociológico. Entre los primeros autores en dedicarse a este concepto encontramos al neurólogo y psiquiatra, Paul Schilder, quien es pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal, conjugando aportes de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología” (p.10).

Para **Schilder (1958)** (mencionado en Zamorano A. 2009) existe la experiencia de algo que llamamos cuerpo o imagen del cuerpo, el cual es “*producto de las facultades creadoras gestálticas de nuestra psique*”, que se encontraría integrada por una base fisiológica y una configuración libidinal. Para el autor, esta imagen comprende no sólo lo que es percibido fisiológicamente, sino que también las ideas y sentimientos referentes al propio cuerpo (p.10).

Zamorano A. (2009) afirma: “Schilder (1958) propone que la construcción del conocimiento del propio cuerpo se desarrollaría desde una vaga noción a la percepción concreta, gracias al indispensable contacto con la realidad, por lo que *“aquellas partes de nuestro cuerpo que guardan un contacto estrecho y múltiple con la realidad, son las más importantes”*, mencionándose los ojos, la nariz, la boca, las manos, los pies y la piel.” (p. 10)

En las personas todos los componentes deben estar integrados, formando una unidad, para conseguir el conocimiento del propio cuerpo. Se busca alcanzar una completa percepción de la imagen corporal. (Ibídem, 2009, p. 11)

Smolak (2004) (como se cita en Zamorano A., 2009) piensa que La imagen corporal es un concepto multidimensional, con 05 componentes: componentes serían:

- 1) Componente Perceptivo, el cual como su nombre lo indica, consiste en los aspectos perceptivos con respecto al propio cuerpo, incluyéndose información respecto a tamaño, forma del cuerpo y sus partes.
- 2) Componente Afectivo, que considera los sentimientos que surgen respecto al propio cuerpo o su aspecto.
- 3) Componente Cognitivo, que contemplaría los pensamientos, auto mensajes y creencias sobre el propio cuerpo.
- 4) Componente Evaluativo, este considerara el cuan satisfecho se encuentra la persona con su propio cuerpo. Este componente requiere que la persona sea capaz de evaluar su propio cuerpo, evaluar un ideal de cuerpo y la capacidad de hacer la comparación entre ambos.
- 5) Componente Conductual, el cual comprende tanto indicadores cognitivos como conductuales en relación a la importancia que le atribuye la persona a su apariencia personal.(p.11)

Ogden, (2005) por su parte, menciona: “que las medidas de la insatisfacción corporal pueden agruparse en tres perspectivas diferentes:

- A. Como una estimación deformada del tamaño corporal, en el cual existe una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.
 - B. Como la discrepancia entre las percepciones de la realidad y las de un ideal.
 - C. Como los sentimientos y cogniciones negativos acerca del propio cuerpo”.
- (mencionado en Zamorano A. 2009, p.12)

2.2.1.1. Imagen Corporal, Obesidad y Trastornos Alimentarios:

Schwartz y Brownell (2004) mencionan que existe una considerable heterogeneidad de la imagen corporal en la población obesa. Sin embargo, Friedman y Brownell (en Nogueira, Loureiro y dos Santos, 2002) destacan dos aspectos relativos a la imagen corporal relacionados con la obesidad: la insatisfacción y la distorsión.

Fuentealba y Leiva (mencionado en Cruchet y Rozowski, 2007) plantean que aunque la relación entre la obesidad y los clásicos trastornos de la conducta alimentaria aún no se logra precisar, existiría un continuo de aspectos que compartirían, señalando que la relación cualitativa y cuantitativa de la persona con la comida, el peso y la imagen corporal se encontraría alterada en los síndromes mencionados.

2.2.2. Adolescencia

En el presente apartado se delimitará lo que se entiende cuando se habla de adolescencia, y las principales temáticas de este periodo de maduración, como una manera de caracterizar la población estudiada en la presente investigación.

Se entiende por adolescencia el lapso entre los diez y los veinte años de un ser humano, el cual se encuentra marcada por aspectos diferenciales en el desarrollo biopsicosocial.

Namur y Setton (2006) refieren que frecuentemente se confunde pubertad con adolescencia, sin embargo, la primera se refiere sólo a los procesos biológicos, que culminan con la maduración de los órganos sexuales. Mientras que para considerar por terminada la etapa de la adolescencia se espera la independencia psicosocial, afectiva y económica del sujeto en cuestión (mencionados en Montenegro, I. y Coronel, M., 2009).

Es de importancia acentuar que los comienzos de la pubertad, así como su desarrollo no avanza a ritmo parejo ni tampoco sincrónico entre hombres y mujeres **(Blos, P.,1991)**. Sin embargo, con pequeñas variaciones entre las edades, ésta se subdivide en tres fases: Temprana o Pre-adolescencia; Media o Adolescencia propiamente dicha; y Final o Pos-adolescencia. **(Ibidem, 1991)**

1. Adolescencia Temprana: Reconocida entre los 12 y 13 años aproximadamente, en la cual la característica fundamental de esta etapa es el rápido crecimiento somático, junto con la aparición de los caracteres sexuales. Estos cambios conducen a una pérdida de la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. No es de extrañar que el grupo de amigos sean del mismo sexo, iniciándose el contacto con el sexo contrario de forma exploratoria. Además se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar la propia intimidad.

2. Adolescencia Media: Caracterizada entre los 14 y 17 años, en la cual el crecimiento y la maduración sexual se encuentran llegando a su consolidación, lo que permite el restablecimiento de la imagen corporal. La lucha por la emancipación y adquirir el control de su vida toman un papel más preponderante y el grupo de pares

adquiere una gran importancia. Las relaciones con el otro sexo son más plurales, encontrándose en pleno auge en desarrollo de las fantasías románticas.

3. Adolescencia Tardía: Descrita entre los 17 y 21 años en la cual se espera la consolidación de los procesos biológicos, emocionales, cognitivos y sociales, que den paso poco a poco a una modalidad de funcionamiento organizado e integrado, permitiendo así la elaboración de un sentido de identidad, con el objetivo de orientar al individuo a una adecuada inserción y desempeño en su rol adulto.

Respecto a las diferencias de género en relación a la imagen corporal, se reconoce en las mujeres una búsqueda de perder peso o un cuerpo más pequeño **(McCabe y Ricciardelli, 2004)**, mientras que los hombres buscan aumentar la musculatura. Mientras que en un estudio con adolescentes latinoamericanos, que incluyó hombres y mujeres chilenos, se observó que ambos sexos relacionan lo atractivo y la salud con un ideal delgado **(McCabe, y Ricardelli en Mellor y cols, 2008)**.

2.2.2.1. Etapas de la adolescencia y sus procesos de cambio

Según **MINSA (2009, p.2)**: “Para la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), se declaró que el término adolescencia se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años, criterios tomados en cuenta por el ministerio de salud con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificable”(p.2). No obstante actualmente el ministerio de salud (MINSA), ha modificado dicho rango de edades para estar de acuerdo con la normativa nacional. Actualmente, la etapa de vida adolescente es la población comprendidas desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días **(Cohen, I. & Caballero, S. & Majali, S. & Homigo, K. ,2012.)**.

La adolescencia es una etapa difícil llena de cambios con una búsqueda de identidad para poder tener un buen contacto con aquellos que les rodean y a si pasar de su dependencia a una independencia (Rey, A., 2008).

A. Etapas del adolescente

- Adolescencia temprana (10 –14)

Se trata de un período en el que los cambios físicos son rápidos. La Tabla 1 muestra los principales indicadores de evolución durante esta etapa.

Tabla 1
Adolescencia temprana. Indicadores

Categorías		Indicadores	
Maduración somática:	Se da la aparición de caracteres sexuales secundarios	Se da el estirón puberal	Importancia de la nutrición
Imagen y cuerpo:	Preocupación de los cambios corporales y del propio yo	Comparación de los mismos sexos	Conciencia de sensaciones eróticas, necesidad de intimidad
Independencia:	Ambivalencia	Necesidad de independencia	Nostalgia de dependencia, desacuerdo y enfrentamiento
Amigos:	Mayor contacto con los amigos del mismo sexo	Inseguridad y necesidad de reafirmación a través del grupo	
Identidad:	Evolución al pensamiento abstracto	Idealización de las vocaciones.	Menor control de los impulsos

Fuente: Isaza, V. y Henao, L. (2011).

- Adolescencia media (14 – 18)

Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos (Isaza, V. & Henao, L.,2011). La Tabla 1 muestra los principales indicadores de evolución durante esta etapa.

Tabla 2
Adolescencia media. Indicadores

Categorías		Indicadores	
Maduración somática:	Remodelación morfológica	Se adquiere la talla definitiva	Alteraciones somáticas por trastornos de la alimentación
Imagen y cuerpo:	Mayor aceptación del cuerpo	Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo.	
Independencia:	Mayor conflictividad con los padres	Transgresión de lo normativizado	Mayor fuerza en sus opiniones
Amigos:	Vital importancia del grupo de amigos	Conformidad con los valores de los amigos.	
Identidad:	Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia.	Mayor capacidad intelectual.	Apertura de sentimientos

Fuente: Isaza, V. y Henao, L. (2011).

- Adolescencia tardía (19 – 24)

Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Si las etapas anteriores han transcurrido de forma más o menos armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y la asunción de

responsabilidades de la adultez (Isaza, V. & Henao, L. ,2011). La Tabla 3 muestra los principales indicadores de evolución durante esta etapa.

Tabla 3
Adolescencia tardía. Indicadores

Categorías		Indicadores	
Maduración somática:	Talla definitiva	Funciones plenas para la sexualidad y la reproducción	
Imagen y cuerpo:	Aceptación de la propia imagen	Preferencias establecidas	
Independencia:	Vuelve a apreciar el valor y consejo de sus padres.	Creciente integración en el medio social	
Amigos:	Más relaciones íntimas.	Formación de parejas	Se comparten sobre todo las experiencias
Identidad:	Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional	Concreción de valores y objetivos personales.	Mayor actividad sexual.

Fuente: Isaza, V. y Henao, L. (2011).

B. Cambios biológicos

Avalos Uceda, Katherine Luisa (2016) afirma: “Uno de los grandes cambios en la adolescencia es la maduración física, que consiste particularmente en el denominado “estirón puberal”, un marcado aumento en el crecimiento del cuerpo que se distribuye asincrónicamente, comienza por las extremidades manos y pies, brazos y piernas- y alcanza finalmente el tronco. Si bien este cambio corporal se produce en ambos sexos, la coordinación y sucesión del mismo es diferente para hombres y mujeres. Las mujeres suelen presentar el estirón puberal, el aumento de peso y las primeras apariciones de

caracteres sexuales secundarios alrededor de los 10 - 11 años, mientras que los hombres presentan los mismos cambios un año después” (p.45).

Las hormonas que transforman el cuerpo del adolescente, alteran su estado emocional, y traen consigo nuevas preocupaciones sobre la autoimagen y su apariencia física, ahora invierten horas frente al espejo, preocupándose o quejándose ya sea por ser demasiados altos, bajitos, gordos o flacos, o por sus luchas con el acné (ibídem, 2016, p. 45-46)

La responsable de los cambios que tiene el cuerpo en la adolescencia es una glándula que se encuentra en el cerebro llamada hipófisis. Estas hormonas actúan sobre los testículos de los varones o los ovarios de las mujeres, para estimular la producción de las hormonas sexuales masculinas (llamadas testosterona) o las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona). En los varones, la influencia de las hormonas sexuales provoca cambios en su cuerpo y en sus genitales, así como la producción de los espermatozoides (células sexuales masculinas) en los testículos. Los estrógenos y progesterona provocan en las mujeres cambios en el cuerpo, la maduración y liberación de los óvulos (células sexuales femeninas), y la menstruación. A nivel mental lo hace sentirse medio adormilado y desorganizado y a nivel emocional lo vuelve agresivo y competitivo, con deseos de dominar.(Ibídem, 2016, p. 46)

Estos cambios aparecen y se acentúan durante los primeros años de la adolescencia, en las mujeres generalmente entre los 10 años y los 12 años, y en los varones entre los 12 y los 14 años. Esto no quiere decir que en las edades posteriores no siga viviendo modificaciones, sino que es en estos periodos cuando los cambios son más evidentes e intensos. La tabla 4 presenta los principales cambios físicos que se presentan en el cuerpo de los varones y mujeres.

Tabla 4

Cambios físicos en los cuerpos de los adolescentes

Sexo	Cambios Físicos
Varones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de estatura ▪ Ensanchamiento de espalda y hombros ▪ El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de la glándula sudorípara) ▪ Voz más ronca ▪ Crecimiento de los pechos (aunque casi o te das cuenta) ▪ Crecimiento de vellos en axilas, cara, pecho, piernas, brazos y pubis (en forma de rombo) ▪ La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura ▪ Crecen los testículos, próstata y pene ▪ Se presenta la primera eyaculación
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de estatura ▪ Se ensanchan las caderas ▪ Se acumula la grasa en las caderas y muslos ▪ Se notan más curvas y la forma de la cintura ▪ El olor del sudor es más fuerte ▪ Voz más fina ▪ Crecen los senos ▪ Sale y crece vellos en axilas y en el pubis (en forma de triángulo invertido) ▪ Crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero ▪ Se presenta la menstruación.

Fuente: Rey, A. (2008).

C. Cambios psicológicos

- Los adolescentes pueden parecer agresivo/a, rebelde, aislado/a, inestable y hasta grosero/a. Esto se debe a que es una etapa en que piensan diferente a los demás.
- Los adolescentes presentan en sus estados de ánimo, de repente pueden sentir depresiones, rabia y al rato puedes estar feliz o incluso pueden cambiar la percepción que tienen de sí mismo de un día para otro.
- En algunas ocasiones, pueden sentirse presionado a tomar decisiones con las que no estás de acuerdo.

- Empiezas a sentir “atracción” por otras personas, sienten que se agradan, quieren pasar la mayor parte del tiempo juntos e incluso acariciarse o besarse con ellas o ellos.
- Aparecen también las “fantasías”, que no son otra cosa que soñar despierto, creando un mundo imaginario relacionado con esa persona que les atrae o el personaje del mundo de la farándula que es su “amor platónico”.
- Crean modelos de pareja, según lo que ven en las revistas, el cine, la televisión, Internet o la publicidad e idealizan el amor como algo romántico, dependiente, posesivo, eterno y materialista.
- Todos estos cambios emocionales o psicológicos son normales, ya que los y las adolescentes están expuestos y expuestas a unos fuertes cambios hormonales que los hacen sentir en crisis con el mundo **(Isaza, V. & Henao, L. ,2011)**.

D. Cambios sociales

Avalos Uceda, Katherine Luisa (2016) señala: “Los adolescentes cambian su forma de vestir y su apariencia física dependiendo de la moda del momento o del grupo de amigos con que se relaciona. Es importante el grupo al que pertenece el adolescente ya que así forma su personalidad. (...) pueden encontrar diferentes tendencias, adicciones a sustancias como drogas, alcohol, cigarrillo u otras adicciones que pueden afectar su desarrollo personal” (p.48)

El Inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, sobre todo en la población inmigrantes con el consiguiente riesgo de embarazos no deseados y la Aparición de adicciones relacionadas con las nuevas tecnologías. Dificultad en la relación de padres e hijos, adolescentes y problemas de control parenteral que surgen de dificultades para conciliar la vida laboral y la familiar. La familia el grupo, el instituto, la comunidad en esta etapa cobra un papel fundamental el grupo de iguales” (Ibídem, 2016,p. 48).

2.2.2.2. Formación de la autoestima.

En los primeros cinco años de vida se va formando en la familia. Al empezar su escolaridad intervienen otros factores; sin embargo, sigue siendo la familia el grupo más importante para cimentar los valores que le servirán para toda su vida.

Para **Noguchi Hideyo (2010)**, una de las claves para que el individuo logre un desarrollo psicológico saludable, es tener una sólida autoestima, término con el que respondemos a las preguntas: ¿Me acepto como soy? ¿Merezco lo mejor?

2.2.2.3. Afectación de la autoestima en los niños y adolescentes

Tendemos a comportarnos como la persona que creemos que somos, por lo que creemos que somos capaces de hacer. Por ejemplo, si nos vemos a nosotros mismos como poco sociables no nos esforzaremos en intentar relacionarnos con los demás de modo que reforzaremos esa creencia negativa al no darnos la oportunidad de hacer nuevos amigos.

(Valdez, M., 2010) afirma: Dado que pensamientos, sentimientos y comportamientos se encuentran interrelacionados, la autoestima de una persona influye en cómo se siente, cómo piensa, aprende y crea, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y cómo se comporta.

Según el **Instituto de salud Libertad (2010)** el nivel de autoestima influye en el desarrollo y desempeño de otras actitudes:

“A. Condiciona el aprendizaje. El joven con poca autoestima, o también llamada autoestima negativa, está poco motivado e interesado en aprender, encuentra poca satisfacción en el esfuerzo porque no confía en sus posibilidades de obtener éxito. Cuando valora y le da importancia a su capacidad para aprender, experimenta mayor

confianza en sí mismo y puede desplegar esfuerzos tendentes al logro de sus objetivos.

B. Ayuda en la superación de dificultades. El adolescente con autoestima positiva es capaz de enfrentarse a problemas y fracasos, porque dispone de la energía necesaria para confiar en superar los obstáculos.

C. Fundamenta la responsabilidad. La confianza en uno mismo constituye la base para ser capaz de responder a las exigencias de la vida cotidiana.

D. Favorece la creatividad. El niño que se valora y confía en sí mismo, puede explorar nuevas posibilidades, se arriesga con respuestas creativas y originales.

E. Posibilita la relación social. El justo aprecio y respeto por uno mismo genera seguridad personal, dota de atractivo personal y facilita las relaciones con los demás en relación de igualdad, sin sentimientos de inferioridad o superioridad.

F. Determina la autonomía: El niño que se considera con adecuados niveles de autosuficiencia es capaz de tomar decisiones. Quien se acepta y se siente bien consigo mismo es capaz de enfrentarse a retos de forma independiente. Cuando el nivel de autoestima es bajo, los niños son dependientes, incapaces de tomar decisiones, sin opinión y sin criterio.

G. Afianza la personalidad. El sujeto se siente seguro de sus posibilidades como ser independiente (seguro, confiado y autoaceptado) y como ser social que confía, valora y acepta a los demás [Sic]"

2.2.2.4. Dimensiones de la autoestima

La autoestima para llegar a construirse como tal necesita cumplir con cinco pasos jerárquicos que menciona Castillo, J. (2010):

- A. Autoconocimiento
- B. Auto concepto
- C. Auto evaluación
- D. Auto aceptación
- E. Auto respeto

A. Autoconocimiento: es conocer todas las partes que integra el yo, como se manifiestan, conocer necesidades y habilidades que desempeña el individuo a través de los cuales actúa, es imposible amar algo que no conozco. Como bien lo menciona Guzmán (en Castillo, J., 2010), el autoconocimiento es fundamental en todos los seres humanos, a partir de ahí es que podemos con toda seguridad saber nuestros gustos, tomar decisiones, actuar, poner límites y actuar bajo nuestra total convicción en todo momento. Conocerme significa percibirme completo: mi cuerpo, mis pensamientos y sentimientos, y mi capacidad de relacionarme con otros. Conocerme es descubrirme con capacidades, habilidades y virtudes, pero también con límites, defectos, errores. Conocerme es darme cuenta de que cambio, no siempre soy igual, soy alguien dinámico.

B. Autoconcepto: es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Significado que tienen de sí mismo, así como características físicas y adjetivos calificativos que poseen. En nuestro autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros (por ejemplo, si pienso que soy torpe me siento mal, por tanto, hago actividades negativas y no soluciono el problema).

- a) La actitud o motivación: es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los por qué de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.

- b) El esquema corporal: supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.

C. Auto evaluación: es la capacidad interna de evaluar las cosas buenas y malas según el criterio propio de su vida ya sea positivo o negativo para mí, reflexionando al mismo tiempo sobre normas y valores de la sociedad. Poco a poco vamos a encontrar los puntos que van a guiar nuestra conducta, desarrollaremos nuestro propio juicio y aprenderemos a confiar en él, en lugar de basarnos solamente en lo que piensan las demás personas. La autoevaluación requiere estar consciente de sí mismo.

Elkins y et al, (2012) dice: “El darse cuenta de uno mismo es la llave para cambiar y crecer”. Cada uno tiene que encontrar e ir haciendo su camino, el que lo lleve a ser una persona valiosa para sí misma y los demás. El “darse cuenta”, según la teoría de Gestalt es prestar más atención a las propias vivencias para comprenderlas y así comprender la existencia; “darse cuenta” de lo que está pasando en ese momento a su alrededor

D. Auto aceptación: es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. Sin auto aceptación la autoestima es imposible. Nos quedamos bloqueados en un hábito de conducta de auto rechazo, el crecimiento personal se ve reprimido y no podemos ser felices. Aceptar es experimentar la realidad de una manera completa, sin negarla ni evitarla. Es admitir y vivir como un hecho todas las partes que hay en mí. Aceptarme es capaz de sentir y decir: soy todas estas características; mi cuerpo, emociones, deseos, ideas, son partes de mí, independientemente de que algunas me gustaran y otras no. Fíjate: aceptarme no es necesariamente gustarme, sino reconocermé que soy como soy.

E. Auto respeto: es atender y satisfacer sus propias necesidades y valores; buscar y valorar todo aquello que te haga sentir orgulloso de sí mismo, vivir según nuestros propios valores y expresar nuestros sentimientos y emociones, sin hacernos daño ni culparnos. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo. Si me respeto, estoy al tanto de lo que deseo y necesito para estar bien, pero no solo me doy cuenta: actúo para lograrlo.

En lo general la autoestima es la síntesis de todos estos pasos anteriores, debido a la etapa en que los adolescentes están atravesando, el auto concepto es uno de los pasos en el que estos suelen tener mayor dificultad ya que están en la búsqueda de una identidad y muchas veces se ve afectada por querer tener una imagen que no le corresponde. (Castillo, J., 2010).

2.2.2.5. Importancia de la autoestima

La autoestima es importante porque la valoración de sí mismo es a fuente de la salud mental, es la capacidad de enfrentar las adversidades de la vida, la autoestima es la idea que se tiene usted, cuanto se valora y cuán importante piensa que es usted. La autoestima es importante porque es el primer paso en creer en usted mismo, la autoestima tiene grandes efectos en su pensamiento, emociones, valores y metas. "La autoestima positiva es importante porque cuando las personas la experimentan, se sienten bien y lucen bien, son efectivas y productivas y responden bien a los demás. Responden a ellos mismos saludablemente, en forma positiva y pueden crecer y cambiar. Ellos saben que pueden ser amados y son capaces de mejorar. Se ocupan de ellos mismos y de los demás. No necesitan humillar a los demás para sentirse bien".

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merece la felicidad (Castillo, J. 2010).

2.2.2.6. *Pilares de la autoestima*

Ugerte, y Solis, (2007). Identifican cuatro pilares de la autoestima:

A. Singularidad: Corresponde a la necesidad de saberse alguien particular y especial, aunque tenga muchas cosas parecidas a sus hermanos u otros amigos. La noción de singularidad implica también, espacio para que el niño se exprese a su manera, pero sin sobrepasar a los demás.

B. Vinculación: el adolescente necesita sentirse parte de algo, ya sea su familia, hermanos o a una pandilla. Para él es necesario saber que hay alguien que se preocupe de él, que es necesario e importante para otro. La vinculación se relaciona también con sentir que tiene objetos significativos para él y que le pertenecen. Necesita ser escuchado, tomado en cuenta, que le permitan participar y dar sus opiniones. El grado de vinculación va a estar en estrecha relación con la calidez, la apertura para aceptarlo y

brindarle seguridad, la comprensión e incluso el sentido del humor que manifiesten las personas que lo rodean y que él considera importantes.

C. Pautas: Las pautas se van a relacionar con el sentido que el niño le otorga a su existencia y a lo que realiza. Requiere de modelos positivos, que cuando los imite obtenga resultados satisfactorios y alentadores, a través de los cuales aprenda a distinguir lo bueno de lo malo. Saber por qué ocurren los cambios, qué sentido tiene el trabajo y qué cosas se valoran a la hora de decidir, le permitirá desenvolverse con confianza, prediciendo que si actúa de determinada manera logrará lo que se propone. El orden y las reglas - dentro de límites razonables- son especialmente importantes para crear en el niño la sensación de pautas o guías, que le permitirán conducirse, organizar el tiempo, planificar y resolver problemas (Ugerte, y Solis, 2007).

D. Poder: La sensación de poder implica que el adolescente cree que puede hacer lo que se planea y que en la mayoría de las veces obtendrá éxito. En las

excepciones, es decir, cuando no logra lo que se propone, será de vital importancia que comprenda la verdadera razón de los impedimentos y cómo ellos se relacionan con sus futuros propósitos. Necesita disponer de medios básicos, sobre los cuales él está a cargo.

2.2.2.7. Habilidades sociales y autoestima

La autoestima ya que tiene mucha relación, tanto de causa como de efecto, con respecto a las habilidades sociales es muy necesario analizar. Por abundar sobre lo que constituye una configuración psicológica compleja, es necesario delimitarla de otro concepto, que aunque guarde mucha relación y de hecho muchos consideran que es lo mismo, posee algunas diferencias: el auto concepto (Martínez SB., 2014)

El auto concepto posee una definición amplia pero lo podemos definir como una configuración psicológica donde emergen ideas, criterios y percepciones de sí mismo del otro y del medio que lo rodea y que el mismo está sujeto a cambios, pues esta supone una historia personal que se enriquece día a día.

La autoestima está relacionada al auto concepto y se refiere al valor que se confiere al yo percibido, por lo que consideramos que tiene que ver más con el valor afectivo y por lo tanto se reviste de una carga psicológica dinámica muy fuerte. Al constituirse auto concepto-autoestima en una unidad cognitiva- afectiva que con el desarrollo individual se integra dentro de la estructura de la personalidad, va adquiriendo un potencial regulador de conducta, de gran relevancia y en un centro productor de estados emocionales diversos.

De esta forma, si el auto estima es alta expresa el sentimiento de que uno es lo "suficientemente bueno" y está preparado para diferentes situaciones que debe afrontar en el transcurso de la vida; la baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el

desprecio hacia sí mismo, por lo cual emerge la imposibilidad de poder realizar ciertas tareas, por lo que existe un sentimiento de minusvalía.

La autoestima tiene que ver con la expresión de actitudes de aprobación (aceptación) con respecto a la capacidad y valor de sí mismo, el auto concepto se refiere a la colección de actitudes y la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cual es de vital importancia para el sujeto en sus relaciones interpersonales, de forma general el auto concepto y la autoestima tienen referencias con la imagen de sí mismo.

El adolescente aparece preparado con las habilidades necesarias para una relación autónoma con la realidad externa y para una organización formal del autoconocimiento, sin embargo, aunque el repertorio este completo, su uso no se observa hasta el adulto joven, pues el adolescente parece mucho más inclinado a analizar y observar las nuevas capacidades cognitivas y somáticas que a encontrarle un uso práctico.

Puede decirse entonces, siguiendo a Cavallo (2003:65), que el auto estima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es representada por el símbolo o la imagen de sí misma. Como se observa la autoestima deviene en proceso, por lo tanto se configura por efecto de múltiples factores, no obstante una vez casi constituida (no podemos hablar de una autoestima acabada pues se sigue retroalimentando de una cadena continua de auto percepciones y autoevaluaciones, es decir que no es rígida, sino susceptible de cambio y por lo tanto siempre quedará espacio para que siga siendo un efecto de), se convierte en una causa para generar o precipitar estados emocionales, así como propiciar o no la inhibición de respuestas conductuales y de formas también inhibir el contacto interpersonal (Reyna ,C. ,2011).

2.2.2.8. Autoestima y salud

Desde hace décadas los investigadores han intentado encontrar la relación existente entre autoestima y salud o estilo de vida saludable. La hipótesis subyacente a dicha relación defiende que las personas con baja autoestima realizan comportamientos de riesgo para su salud, mientras que algunos que presentan alta autoestima llevan a cabo conductas saludables. Diferentes aportaciones teóricas pretenden encontrar las razones de esta relación, especialmente en los adolescentes.

Según Kaplan, H.B. (1982), argumenta que la baja autoestima aumenta la motivación de los adolescentes para desviarse de la norma para conseguir refuerzos que mejorasen su autoestima.

Según Regis, argumento que los adolescentes con baja autoestima son más vulnerables a la presión de los pares para realizar comportamientos de riesgo. Ellos utilizan las conductas insanas para aparentar ser más atractivos ante los iguales.

Según Matud, Ibañez, Marrero y Carballeira (mencionado en Flag, M. & Silva, S. & Cordero, L. & Pereira, S., 2006), encontraron que las personas con más confianza en sí mismas y las que se valoraban de forma más positiva tenían mejor salud mostrando menos síntomas depresivos, ansiedad y disfunción social. También encontraron que quienes se valoran de forma más negativa se caracterizaban por tener un estilo de afrontamiento del estrés de tipo emocional.

2.2.2.9. Aspectos y condiciones para el desarrollo de la autoestima.

Palladino en su libro: “Cómo desarrollar la autoestima, una guía para lograr el éxito personal” describe una serie de aspectos y condiciones sugeridas para desarrollar y mejorar la autoestima en el joven, en función a los contenidos presentados encontramos 10 claves que posibilitan el desarrollo de la autoestima en el joven (Begoña, C., 1997):

- A. Mucho amor. La tarea más importante es amar y realmente interesarte por tus hijos. Esto les brinda una sensación de seguridad, pertenencia y apoyo.
- B. Hace más llevaderos los aspectos difíciles de la sociedad.
- C. Disciplina constructiva. Otorgue directivas claras e imponga límites a sus hijos. Elija indicaciones en positivo (“Haz esto”, en vez de “No hagas aquello”).
- D. Cuando sea posible pase tiempo con sus hijos. Juegue con ellos, hableles, enséñeles a desarrollar un espíritu familiar y deles un sentido de pertenencia.
- E. Dele prioridad a las necesidades de su pareja. Las parejas tienen más posibilidades de éxito en su labor como padres cuando ponen.
- F. en primer lugar su matrimonio, no se preocupan por los hijos están ocupados un “segundo lugar”. Los hogares que giran alrededor de los hijos no producen ni matrimonios felices ni hijos felices.
- G. Enséñele a sus hijos la diferencia entre el bien y el mal. Ellos necesitan que se les enseñe valores y modales básicos con amabilidad, respeto y honestidad. Sea un modelo personal de valor moral e integridad.
- H. Desarrolle el respeto mutuo. Actúe de manera respetuosa con sus hijos, dígales “por favor” y “gracias” ofrezca disculpas cuando cometa errores. Los niños que reciben un trato respetuoso sabrán cómo tratarlo a Ud., y a los demás con respeto.
- I. Escúchelos, realmente escúchelos. Esto significa dedicarles a sus hijos su atención completa, poniendo a un lado sus creencias y sentimientos y tratando de entender el punto de vista de sus hijos.
- J. Ofrezca una guía. Sea breve. No pronuncie discursos y no obligue a sus hijos a compartir sus opiniones.
- K. Promueva la independencia. permita gradualmente que los niños gocen de mayor libertad y control sobre sus vidas. Un padre dijo “Una vez que los hijos tengan edad suficiente, desaparece poco a poco del escenario, pero permanece siempre cerca para cuando te necesiten”.
- L. Sea realista espere cometer errores. Esté consciente de que las influencias externas. Como la presión de los compañeros, aumentarán conforme vayan

madurando los niños. No esperar que las cosas vayan siempre bien. La educación de los hijos nunca ha sido fácil, Tiene sus penas y sufrimientos, pero también tiene recompensas y alegrías.

2.2.3. Obesidad y sobrepeso

Según la OMS(2017) En 2016, según las estimaciones unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. 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. En África, el número de menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado cerca de un 50 por ciento desde el año 2000. En 2016, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia.

En 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años) ha aumentado de forma espectacular, del 4 por ciento en 1975 a más del 18 por ciento en 2016. Este aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18 por ciento de niñas y un 19 por ciento de niños con sobrepeso en 2016 (OMS, 2017).

Mientras que en 1975 había menos de un 1 por ciento de niños y adolescentes de 5 a 19 años con obesidad, en 2016 eran 124 millones (un 6 por ciento de las niñas y un 8 por ciento de los niños).

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.

2.2.3.1. Causa del sobrepeso y la obesidad.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas (Ibídem, 2017). A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente:

- un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y
- un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.

2.2.3.2. Consecuencias comunes del sobrepeso y la obesidad para la salud.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012;
- La diabetes;
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y Algunos

cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC. La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (Ibídem, 2017).

2.2.3.3. Doble carga de morbilidad.

Actualmente, muchos países de ingresos bajos y medianos están afrontando una «doble carga» de morbilidad:

- Mientras estos países continúan encarando los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, también experimentan un rápido aumento en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, sobre todo en los entornos urbanos.
- No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar.

En los países de ingresos bajos y medianos, es más probable que la nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño sea inadecuada. Al mismo tiempo, los niños están expuestos a alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, que suelen costar menos, pero también tienen nutrientes de calidad inferior. Estos hábitos alimentarios, junto con un nivel inferior de actividad física, dan lugar a un aumento drástico de la obesidad infantil, al tiempo que los problemas de la desnutrición continúan sin resolverse (Ibídem, 2017).

2.2.3. Obesidad en la Adolescencia:

Realizando una revisión de la literatura existente en relación a la obesidad, se encontró que ésta se hace presente cuando la ingesta alimenticia supera crónicamente el gasto energético, depositándose la mayor parte de este exceso en el tejido adiposo. Valenzuela (2002) propone una definición de la obesidad, la cual desglosada quedaría de la siguiente manera: “Una enfermedad crónica, de origen multifactorial, caracterizada por un aumento anormal de la grasa corporal, en cuya etiología se entrelazan factores genéticos y ambientales, que conducen a un aumento de la energía absorbida (grasa) con respecto a las gastadas y a un mayor riesgo de morbimortalidad.”

Alrededor del 95 por ciento de las obesidades infanto-juveniles corresponden a una obesidad primaria o exógena, es decir, la condición de sobrepeso resulta cuando la ingesta calórica excede el gasto energético por tiempo prolongado, sin causa precisa (Valenzuela, 2002).

Entre los indicadores más utilizados para el diagnóstico del estado nutricional se encuentra el Índice de Masa Corporal (IMC), estableciéndose desde el Ministerio de Salud (2003) criterios de acuerdo a la Talla y Edad, considerando sobre el percentil 85 riesgos de obesidad y sobre el percentil 95 obesidades. El Perímetro de la Cintura constituye un segundo indicador de gran utilidad y fácil de calcular, postulándose como punto de corte sobre el percentil 75 para el sobrepeso y sobre el percentil 90 para la obesidad, considerando valores correspondientes a población de niños americanos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición III (NAHNES III) del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Burrows en Cruchet y Rozowski, 2007).

Durante la pubertad se producen cambios físicos que afectan la composición corporal y el tamaño del esqueleto, produciéndose además un dimorfismo, en donde el tejido adiposo aumenta en el sexo femenino, mientras que en el varón declina (Atalah en Cruchet y Rozowski, 2007).

Todos estos cambios morfofisiológicos obligan al adolescente a adaptarse a una nueva imagen corporal y a redefinir su actitud con los demás, situación que de por sí puede llegar a ser fuente ansiedad y angustia. Si a esta situación además se considera que el o la adolescente se encuentre en un estado de sobrepeso u obesidad, con todas las implicancias sociales negativas que esto conlleva, se obtiene la delimitación de una población con especial riesgo de desarrollar una mala o pobre imagen corporal.

Poco se conoce respecto al desarrollo de la imagen corporal en el individuo, pero ciertas distinciones han encontrado apoyo empírico en adolescentes, sin tenerse claro, aun así, en qué punto se convierte en un concepto relativamente estable (Smolak, 2004).

2.3. Definiciones conceptuales.

2.3.1. Autoestima.

Para Nathaniel Branden (citado en Gades, 1998), La autoestima es entendida como la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente, podemos decir que es: a. La confianza en nuestra capacidad de pensar, es nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. b. La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices. La esencia de la autoestima es confiar en la propia mente y en saber que somos merecedores de la felicidad. (p. 32-33).

De acuerdo a Quintero, M. (2000) 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”.

La autoestima fluctúa, así, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. La autoestima (Begoña, C., Romero, M., Casas, M. y Ruiz, T., 2000) es la visión más profunda que cada cual tiene de sí misma, es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de nuestra valía personal y de nuestra capacidad.

Para Rogers, C. (2013), la autoestima constituye el núcleo básico de la personalidad. Por su parte, Markus y Kunda (Rogers, Markus y Kunda en Cava, Caballero, Cava, M., y otros, 2000) consideran que la autoestima influye en la autorregulación de la conducta, mediando en la toma de decisiones, influyendo en la elección de objetivos y en el establecimiento de planes de actuación.

La esencia de la autoestima es confiar en la propia mente y en saber que somos merecedores de la felicidad (Nathaniel Branden en Cava, et al, 2000), significa la capacidad de evaluarse o valorarse a sí mismo, consiste en saber que soy lo que verdaderamente soy (Bucay en Cava, et al, 2000).

Como señalan Montenegro, I. & Coronel, M. (2009), La autoestima es una serie de creencias de sí mismo, es decir lo que se, que se manifiesta en la conducta, abarca todo lo que se es, lo que piensa y lo que hace en la vida diaria.

2.3.2. Dimensiones de la Autoestima según la perspectiva de Coopersmith

Desde la perspectiva que se ha adoptado, Coopersmith, S. (1976), señala que la autoestima posee cuatro dimensiones que se caracterizan por su amplitud y radio de acción, logrando identificar las siguientes:

Autoestima en el área personal (Si mismo): consiste en la evaluación que el individuo realiza y con frecuencia mantiene de sí, en relación con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lleva implícito un juicio personal expresado en la actitud hacia sí mismo.

Autoestima en el área académica: es la evaluación que el individuo hace y con frecuencia sostiene sobre sí mismo, en relación con su desempeño en el ámbito escolar teniendo en cuenta su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lo cual nuevamente implica un juicio personal manifestado en la Actitud hacia sí mismo.

Autoestima en el área familiar (social padres) : consiste en la evaluación que el individuo hace y frecuentemente mantiene con respecto a sí, en relación con sus interacciones con los miembros de su grupo familiar, su capacidad, productividad, importancia y dignidad , implicando un juicio personal manifestado en las actitudes asumidas hacia sí mismo.

Autoestima en el área social (social-pares) : es la valoración que el individuo realiza y con frecuencia mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lo cual igualmente lleva implícito un juicio personal que se manifiesta en las actitudes asumidas hacia sí mismo.

En pocas palabras el individuo realiza frecuentes estimaciones de sus frecuentes interacciones consigo mismo y con el ambiente en el que se desenvuelve, logrando monitorear constantemente como influye dentro de él, posterior a lo cual y de acuerdo con la satisfacción que esto le brinde, va a asumir una actitud hacia sí mismo. Para Cortés de Aragón, L. (1999) es una calle de doble circulación: de acuerdo a sus relaciones en los ámbitos ya mencionados, así mismo va a ser la actitud asumida ante sí, en otras palabras su autoestima.

Dentro de estas dimensiones el autor establece los siguientes niveles de autoestima:
Para un nivel de autoestima alta (Coopersmith, S. 1990);

Sí mismo general

- Valoración de sí mismo y mayores aspiraciones, estabilidad, confianza y atributos personales.
- Habilidad para construir defensas hacia la crítica y designación de hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables respecto de sí mismo.

Social pares.

- Seguridad y mérito personal en las relaciones interpersonales.
- Se perciben a sí mismos como significativamente más populares.
- Establecen expectativas sociales de aprobación y receptividad por parte de otras personas.
- Habilidades en las relaciones con amigos, extraños en diferentes marcos sociales.

Hogar padres.

- Buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, se siente más considerado y respetado, poseen mayor independencia, comparten ciertas pautas y valores y sistemas de aspiraciones con la familia.
- Poseen concepciones propias acerca de lo que está bien o mal dentro del marco familiar. Universidad
- Afronta adecuadamente las principales tareas en la universidad.
- Posee buena capacidad para aprender, en las áreas de conocimiento especiales y formación particular.
- Trabaja más a gusto tanto en forma grupal como Individual
- Alcanzan rendimientos académicos mayores de lo esperado.

2.3.2. Adolescencia.

En Monton, J., Casado, E. (2005), La adolescencia es el periodo de la vida posterior a la niñez y anterior a la adultez. Transcurre desde que aparecen los primeros

indicios de la pubertad, entre los 10 y 12 años, hasta el desarrollo completo del cuerpo y el comienzo de la edad adulta, entre los 19 y 20 años aproximadamente. Etimológicamente, la palabra proviene del latín *adolescētia*.

En la adolescencia se experimenta una importante transformación a varios niveles en el ser humano. El niño empieza a sentir cambios en su organismo y en su mente que lo llevarán a la adultez.

Según Martínez C. (2001): La Adolescencia es un concepto moderno. Fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, estando ligado a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial, educacional y al papel de la mujer también al enfoque de género en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social.

Para la OPS/OMS (1995), La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

2.3.2. Obesidad.

Según (OMS 2017) El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Para la Organización Mundial para la Salud (OMS 2017), la obesidad se presenta cuando el índice de masa corporal del adulto supera los 30 kg./m². Puede afectar tanto a hombres como a mujeres de cualquier raza, nacionalidades o estrato social. La obesidad está considerada una enfermedad, ya que el exceso de peso acarrea grandes problemas de salud. Una persona obesa corre el riesgo de sufrir diabetes, hipertensión arterial y trastornos cardíacos, entre otras complicaciones físicas.

Esta enfermedad, que se caracteriza por la acumulación de grasa en el cuerpo, puede tener múltiples causas, ya sean genéticas, ambientales o psicológicas. Esto quiere decir que la obesidad no se asocia únicamente a la ingesta de alimentos en grandes cantidades. (*op. Cit.,*)

Para Mazza (2001), las causas de la obesidad son múltiples, e incluyen factores tales como la herencia genética; el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico; y el tipo o estilo de vida que se lleve entre los factores que pueden causar obesidad puede ser atribuido un 30 por ciento a los factores genéticos, 40 por ciento a los factores no heredables y 30 por ciento a los factores meramente sociales, es decir, la relación entre factores genéticos y ambientales son del 30 por ciento y 70 por ciento respectivamente. Los mecanismos para que estos factores causen exceso de grasa corporal son: a) Mayor ingesta de calorías de las que el cuerpo necesita y b) Menor actividad física de la que el cuerpo precisa.

Bleich S., Cutler D., Murray C., y Adams A. (2007), han concluido que la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentaria son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental en el último cuarto del siglo XX. (*op. Cit.,*) A pesar de la amplia disponibilidad información nutricional en escuelas, consultorios, Internet y tiendas de comestibles,¹⁹ es evidente que el exceso en el consumo continúa siendo un problema sustancial. Por ejemplo, la confianza en la comida rápida rica en energía, se ha triplicado entre 1977 y 1995, y el consumo de calorías se ha cuadruplicado en el mismo periodo. (*óp. cit.,* pp. 33-49).

2.3.3. Sobrepeso.

Clínicamente el sobrepeso se define como aumento excesivo de peso caracterizado por IMC mayor al percentil 85 y menor al percentil 95 para la edad y el sexo (OMS, 2010).

MORENO ESTEBAN Basilio, IZQUIERDO Joan Quiles I y YAGÜE LOBO M.^a Isabel (2006). El sobrepeso es causado por acumulación excesiva de grasa corporal, es la causa más frecuente siendo una condición común especialmente donde los suministros de alimentos son abundantes y predominan los estilos de vida sedentarios. El 64 por ciento de la población adulta de los Estados Unidos se considera con sobrepeso u obesidad, y este porcentaje ha aumentado durante las últimas cuatro décadas. El exceso de peso por acumulación excesiva de grasa ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, con más de mil millones de adultos están excedidos de peso o son obesos. Los aumentos se han observado en todos los grupos de edad.

Un cuerpo sano requiere una cantidad mínima de grasa para el buen funcionamiento de los sistemas hormonal, reproductivo e inmunológico, como el aislamiento térmico, como la absorción de choque para las zonas sensibles, y la energía para uso futuro. Pero la acumulación de grasa de almacenamiento en exceso puede afectar el movimiento y la flexibilidad, y puede alterar la apariencia del cuerpo. (*Moreno B.y otros, op. Cit.,*)

El sobrepeso por aumento de masa muscular se presenta en atletas, sobre todo practicantes del culturismo, y el sobrepeso por edema o por retención anormal de líquidos corporales se presenta como signo frecuente en trastornos del metabolismo y cardiovasculares (Ibídem, 2006).

Para MINSA (2012) el Sobrepeso, es un estado pre mórbido de la obesidad y al igual que ésta se caracteriza por un aumento del peso corporal y se acompaña a una acumulación de grasa en el cuerpo, esto se produce por un desequilibrio entre la

cantidad de calorías que se consumen en la dieta y la cantidad de energía (en forma de calorías) que se gasta durante las actividades físicas.

Morgan S y Weinsier R. (2008), sostienen que el sobrepeso no es una enfermedad, pero es una condición que predispone al desarrollo de enfermedades tales como diabetes, presión elevada (hipertensión), elevación de grasas en sangre (dislipidemias), infartos, embolias, algunos tipos de cáncer y favorece la muerte prematura. Actualmente, de acuerdo a los nutriólogos, el método para valorar los riesgos que provoca el sobrepeso en la salud es medir el contorno de la cintura. Algunos estudios han asociado que la grasa acumulada en la zona abdominal está directamente relacionada con las enfermedades cardiovasculares. Algunas causas del sobrepeso son; Los factores genéticos y las alteraciones del metabolismo Una excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicio (escaso gasto de energía) Los trastornos en la conducta alimentaria (ansiedad) Metabolismo demasiado lento.

La mayoría de los casos de sobrepeso se localiza en los países industrializados, donde la alimentación es abundante y la mayor parte de la población realiza trabajos que no requieren un gran esfuerzo físico. (op. Cit., p. 54)

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo, diseño utilizado y nivel de la investigación

3.1.1. Tipo de estudio

De acuerdo al tipo de investigación realizado se determinó tomando a Hernández R. (2010) que el estudio sería de tipo No experimental donde no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En este caso las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre estas, no se puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos, no hay manipulación intencional, ni asignación al azar.

3.1.2. Diseño Transaccional descriptivo

Hernández R. (2010) señala que Los diseños transaccionales descriptivos tienen como objetivos indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (dentro del enfoque cuantitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (describirla, como su nombre lo indica, dentro del enfoque cualitativo). El procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, en una variable o concepto (generalmente más de una variable o concepto) y proporcionar su descripción. Son, por lo tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas

Achaerandio L. (2010) define la investigación descriptiva como aquella que estudia, interpreta y refiere los fenómenos, relaciones, correlaciones, estructuras, variables independientes y dependientes. Abarca todo tipo de recolección científica de

datos con el ordenamiento, tabulación, interpretación y evaluación de estos. La descripción de lo que es, se entiende en un sentido mucho más complejo que una simple descripción ingenua de los datos que aparecen.

La investigación descriptiva examina sistemáticamente y analiza la conducta humana personal y social en condiciones naturales, y en los ámbitos sociales, económicos, políticos y religiosos; así como la familia, la comunidad, el sistema educativo formal, el trabajo y otros. Busca la resolución de algún problema, o se emplea para alcanzar una meta del conocimiento. Suele comenzar con el estudio y análisis de la situación presente. También para esclarecer lo que se necesita alcanzar (metas, objetivos finales e intermedios) y para alertar sobre las medidas o vías que se requieren para alcanzar esas metas y objetivos.

3.2 Población y muestra

3.2.1. Población.

Es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado.

El Hospital PNP Augusto B. Leguía del Distrito del una población de 30 Pacientes jóvenes al mes; las visitas oscilan entre niños, niñas jóvenes; de estos pacientes, son adolescentes con problemas de sobrepeso los cuales son atendidos en las áreas especializadas que ofrece el hospital.

La población del estudio está conformada por adolescentes entre 12 y 18 años que son atendidos en el Hospital PNP Augusto B. Leguía, en condiciones de obesidad, de nivel socioeconómico medio-bajo o bajo, pertenecientes a la ciudad de Lima Metropolitana, que son familiares de los miembros de la Fuerzas policiales.

3.2.2. Muestra.

El tipo de muestra es de tipo censal, es decir el 100% de la población fue evaluada, en la medida que constituye el total de la población.

Población: **30**

Tamaño de muestra: **30**

La muestra representativa de la población ha sido de treinta (30) personas formada por 20 mujeres y 10 hombres que reciben atención en el área de nutrición; diagnosticadas con sobrepeso/obesidad y con edades entre 10 y 18 años. El tamaño de la muestra fue determinado aplicando un muestreo no probabilístico utilizando los casos tipo donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, y no la cantidad, y estandarización (Tabla 5)

Tabla 5
Distribución de la Muestra de niños adolescentes

Sujetos	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	66.67%
Masculinos	10	33.33%
Total	30	100%

La muestra estudiada se compone de sujetos-tipo que acuden al área de Nutrición cuando son derivados de Medicina General, en busca de apoyo para la Prevención de Enfermedades Crónicas del hospital. Estos pacientes, una vez evaluados en Nutrición acuden al área de Psicología y Salud Mental del Hospital. Esto ocurre no antes que el personal de salud aplique determinados criterios basados en datos sugestivos de enfermedades asociadas a la obesidad; coexistencia de patologías genéticas o endocrinas así como presencia de obesidad. Solo entonces el adolescente ha sido derivado al área de nutrición para valorar la referencia a la consulta especializada. Además se Identifican en la etapa de valoración datos clínicos como: a) Retraso del crecimiento, b) Cefalea frecuente, c) Acantosis nigricans en pliegues

cutáneos, d) Dificultad respiratoria nocturna e) Somnolencia durante el día, f) Hipertensión arterial, g) Hirsutismo, h) Obesidad central. El especialista en Nutrición es quien deriva los casos clínicos al Área de Psicología.

Un punto a destacar es que los jóvenes incluidos en el estudio no sólo correspondieron a voluntarios, sino que a todos los sujetos que cumplieran con los requisitos de inclusión. De esta manera al comenzar la aplicación les fue enviada una carta de información y consentimiento a los padres y/o apoderado, la cual debía ser entregada a las evaluadoras con la respectiva información y firma del apoderado y/o encargado del niño. Como criterio de inclusión en el presente estudio se consideró a las mujeres y hombres entre los 10 y 18 años, a la fecha de evaluación.

Se ubicó a los jóvenes en una sala acondicionadas para la aplicación, separados por un puesto vacío a los lados, de manera de resguardar la individualidad de la producción.

3.3 Identificación de la variable y su Operacionalización

3.3.1. Autoestima.

Quintero, M. (2000) 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”.

Por su lado, Clemes y Bean (2001) establecen que la autoestima es el conjunto de sentimientos que experimenta la persona al interactuar con su entorno, los sentimientos pueden ser positivas o negativos, y esto dependerá de la percepción de las experiencia agradables o desagradables, la cual está influencia por las creencias y valores de la persona, así generando que el individuo tenga una actitud positiva o negativa, ante una determinada circunstancia.

La autoestima fluctúa, así, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. La autoestima (Begoña, C., Romero, M., Casas, M. y Ruiz, T., 2000) es la visión más profunda que cada cual tiene de sí misma, es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de nuestra valía personal y de nuestra capacidad.

Para la identificación de los indicadores de la Variable de estudio se ha adoptado las dimensiones que señala Coopersmith, S. (1976), relacionando las dimensiones que se caracterizan por su amplitud y radio de acción:

- a) Autoestima de – Si mismo
- b) Autoestima –hogar/ padres
- c) Autoestima social -social-pares
- d) Autoestima escolar

3.3.2. Operacionalización de la Variable

Tabla 6.

Operacionalización de la Variable

Determinar el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital

PNP AUGUSTO B. LEGUIA - RIMAC en 2017

Variable	Definición teórica	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Definición operacional
Autoestima	La autoestima es la evaluación frecuente que la persona realiza de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual la persona se cree capaz, significativo y exitoso. -Coopersmith (1976)-	Autoestima De sí mismo (G)	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto - Auto percepción - Autoafecto - Autocrítica - Identidad personal 	1,3,4, 7,10, 12,13, 15,18, 19,24, 25,27, 30,31, 34,35, 38,39, 43,47, 48,51, 55,56, 57	<ul style="list-style-type: none"> - Alta autoestima: (75 – 100) - Promedio alto: (50 – 74) - Promedio bajo: (25 – 49) - Baja Autoestima: (0 – 24)
		Autoestima social/pares (S)	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con los profesores. - Relación con los amigos. 	5, 8, 14,21, 28,40, 49,52.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta autoestima: (75 – 100) - Promedio alto: (50 – 74) - Promedio bajo: (25 – 49) - Baja Autoestima: (0 – 24)
		Autoestima hogar/Padres (H)	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y relación familiar - Autonomía 	6,9, 11,16, 20,22, 29,44.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta autoestima: (75 – 100) - Promedio alto: (50 – 74) - Promedio bajo: (25 – 49) - Baja Autoestima: (0 – 24)
		Autoestima escolar (E)	<ul style="list-style-type: none"> - Resolver nuevos retos - Tiene muchas cualidades 	2,17, 23,33, 37,42, 46,54	<ul style="list-style-type: none"> - Alta autoestima: (75 – 100) - Promedio alto: (50 – 74) - Promedio bajo: (25 – 49) - Baja Autoestima: (0 – 24)

Fuente: Coopersmith (1976)

3.4 .Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico

Trespacios, Vázquez y Bello., 2005 y Bernal, 2010) nos indican que las técnicas a emplearse en la investigación son:

- a) *Técnicas de recolección de información indirecta*: Se realizó mediante la recopilación de información existente en fuentes bibliográficas y estadísticas; recurriendo a las fuentes originales en lo posible, estas pueden ser en libros, revistas, periódicos escritos, trabajos de investigaciones anteriores, etc.
- b) *Técnicas de recolección de información directa*. Este tipo de información se obtuvo mediante la aplicación de encuestas en muestras representativas de la población citada y de observación directa. Al mismo tiempo también se aplicaron técnicas de observación.
- c) *Técnica de observación*. Según Bernal (2010) nos indica que “la observación, como técnica de investigación científica, es un proceso riguroso que permite conocer, de forma directa, el objeto de estudio para luego describir y analizar situaciones sobre la realidad estudiada”. (p.257).

Para esta investigación se utilizaron las tres técnicas mencionadas.

3.4.1. Cuestionario sociodemográfico

Se utilizó un cuestionario socio demográfico para obtener datos generales de los participantes tales como edad, sexo, estado civil, etc. El cuestionario también posee preguntas enfocadas a la relación sobrepeso autoestima. Es por tal motivo que este fue aplicado a los 30 jóvenes diagnosticados con sobrepeso y obesidad.

3.4.2. Escala de Autoestima de Coopersmith

Para medir autoestima se utilizó el Escala de autoestima de Coopersmith el cual está compuesto por 58 afirmaciones que determinan los niveles de autoestima, este fue aplicado a 30 jóvenes adolescentes con indicadores de sobrepeso u obesidad.

3.4.3. Ficha Técnica de la prueba

- Autor: Stanley Coopersmith.
- Año de Edición: 1997.
- Traducción: Panizo M.I.
- Adaptación: Chahuayo, Aydee y Díaz Betty
- Ámbito de Aplicación: de 10 a 18 años.
- Forma de Administración: individual y Colectiva. El tiempo de duración del inventario es de aproximadamente de 30 minutos.
- Normas que ofrece: Los sistemas de medida dan lugar a varias modalidades de normas.
- Áreas que Explora: El inventario está dividido en 04 sub test más un sub test de mentira, ellos son:
 - **Sub test L (Mentira):** Indica falta de consistencia en los resultados por lo que el inventario queda invalidado.
 - **Sub test Si Mismo General (G):** El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.
 - **Sub test Social Pares (S):** Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos.
 - **Sub test Hogar Padres (H):** Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia con los padres.
 - **Sub test Escuela (E):** Referente a las vivencias en el interior de la escuela y sus expectativas con relación a su satisfacción de su rendimiento académico.

3.4.4. Descripción de la Prueba.

El inventario de Autoestima de Coopersmith está constituida por 58 afirmaciones, con respuestas diatómicas (SI - NO), que brindan información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de 04 sub test..

3.4.4.1. Nivel de aplicación: El inventario de Autoestima Forma Escolar Coopersmith, extiende su aplicación a estudiantes de secundaria, adolescentes de 13 a 16 años.

3.4.4.2. Normas de corrección

- El inventario es de tipo dicotómico de dos alternativas: Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí)
- El sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero o Falso.
- Los ítems cuya respuesta debe ser “NO”, son los siguientes:
2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25,30,31,34,35,40,44,46,48,49,51,52,54, 55,56,57.
- El puntaje máximo es de 100 puntos y el test de mentiras (ítems: 28,32,36, 41,45,50, 53,58) invalida la prueba si es un puntaje superior a cuatro.
- Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas y multiplicando éste por dos (2).

Así por ejemplo:

$$\text{N}^\circ \text{ de ítems} \times 2 = \text{nivel de autoestima } 40 \times 2 = 80$$

De acuerdo a la categoría de autoestima 80 le corresponde el nivel de autoestima Alto (ver Tabla 7)

Cabe señalar los ítems cuya respuesta deberá ser:

Si (1,4,5,5,8,9,14,19,20,26,27,28,29,32,36,38,41,42,43,46,47,50,53,58) para los ítems restantes la respuesta será No.(Ver en la Tabla N° 7)

Tabla 7.
Normas de corrección

CATEGORIAS	RANGO
Alto	75-100
Medio alto	50-74
Medio bajo	25-49
Bajo	0-24

3.4.4.3. Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima

A. Validez de Contenido: El Inventario de autoestima de Coopersmith, forma escolar, ha sido traducido y validado en nuestro medio, por Ariana Llerena 1995, quien efectuó un estudio de normalización del Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, el cual fue administrado a 978 estudiantes de ambos sexos, del segundo al quinto grado de secundaria, con edades de 13 a 16 años, de colegios estatales y no estatales de Lima Metropolitana. Para determinar la validez teórica (construcción) del inventario, se procedió a correlacionar los puntajes parciales y totales alcanzados en las diferentes áreas del Inventario de Autoestima. (Llerena, 1995).

B. Validez de Constructo: El procedimiento utilizado para la validez de constructo consistió en correlacionar los sub test y el total de! test de autoestima.

$$r_{20} = \frac{K}{K-1} * \left[1 - \left(\frac{\sum \sigma_j^2}{\sigma^2} \right) \right]$$

Donde:

K= número de ítems

σ^2 = varianza

C. Confiabilidad: El coeficiente de confiabilidad para el Inventario de Autoestima fue de 0.84. (Llerena, 1995).

Tabla 8
Coeficientes del Inventario de autoestima

SUB,TEST	COEFICIENTE (r20)
si mismo general	0,889
social pares	0,805
hogar padres	0,853
escolar	0,591
escala de mentiras	0,800

En la tabla N° 9 se presentan los Niveles de! Inventario de Autoestima en función a los puntajes totales.

Tabla 9
Niveles del Inventario de autoestima

Niveles de autoestima	
0 a 24	Baja Autoestima
26 a 48	Promedio bajo
50 a 74	Promedio alto
76 a 100	Alta autoestima

El instrumento y su formato correspondiente con las 58 afirmaciones se adjuntan en el Anexo 2 (Instrumentos) del presente estudio.

Tabla 10.

Puntajes de las sub-escalas				Niveles
Sí mismo	Social/ Pares	Hogar/ Padres	Escolar	
0-4	0-3	0-3	0-3	Baja autoestima
5-10	4-5	4-5	4-5	Promedio bajo
11-16	6-7	6-7	6-7	Promedio alto
17-26	8	8	8	Alta autoestima

3.4.5. Procedimiento para la recopilación y análisis de la investigación.

Para la realización de este estudio se gestionó en el Hospital con las autoridades correspondientes, contando con una carta de presentación de la Universidad; luego de su aceptación se procedió a conocer los programas nutricionales con la finalidad de proponer el estudio, cabe mencionar que los datos de peso, estatura y el cálculo del IMC fueron entregados por los responsables del hospital clasificando a los sujetos de acuerdo a las categorías antes mencionadas, obteniendo una población de la cual se extrajo la muestra.

Luego de esto se procedió a la coordinación para conocer las fechas en las cuales sería posible aplicar los instrumentos, explicando a los sujetos que esta era de carácter voluntario y que los datos obtenidos serían confidenciales, entregándole a los participantes el cuestionario de autoestima seleccionado y explicando las instrucciones para su desarrollo, se comenzó la tabulación, para luego proceder al análisis. En lo referente al análisis de los resultados se utilizó un método estadístico descriptivo donde se describen los porcentajes para cada uno de los datos sociodemográficos y de autoestima.

CAPITULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Procesamiento de los resultados

En un primer momento se precisó el instrumento de medición a utilizarse, en este caso el Inventario de Autoestima de Coopersmith, versión escolar. Luego se ofició una solicitud a la Dirección del Hospital para presentarles el proyecto de investigación y solicitarles el permiso respectivo para ejecutar dicho estudio. Enseguida se acordaron las fechas y horarios respectivos para aplicar el instrumento y el ambiente más adecuado para administrarlo.

Durante el proceso de ejecución de la investigación se contó con el número adecuado de pruebas según la cantidad de niños y adolescentes que formaron parte de la muestra, asegurándose de la correcta impresión y tomando en cuenta el lugar y el horario determinado. Las instrucciones se dieron de manera precisa, para lo cual el investigador aseguró un conocimiento profundo del instrumento.

Una vez administrada la prueba se procedió a calificarla tal como se señala en el Manual de Aplicación. Enseguida se registró la información colocándose las puntuaciones obtenidas por cada uno de los integrantes de la muestra, tanto los puntajes parciales como los totales. Una vez registrada la información y codificada según las características del estudio, se procedió a aplicar los estadísticos respectivos no paramétricos, encontrar los resultados del estudio y realizar las interpretaciones del caso tomando en cuenta los objetivos y el análisis de intervención de la variable de la investigación.

Al reunir toda la información se realizó:

- Tabulación de los datos, codificarlos y transferirlos a una base de datos computarizada (IBM SPSS,24)
- Se delimito la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (Porcentajes), de los datos del instrumento de la investigación.
- Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Valor máximo y mínimo

Media aritmética:

$$\bar{X} = \frac{\sum^n X_i}{n}$$

4.2. Presentación de los resultados

A continuación se presentan los resultados que aborda el objeto de estudio y sobretodo dando respuesta a los objetivos planteados.

Tabla 11.

**Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación
Autoestima en los adolescentes con sobrepeso
(Puntaje total)**

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		36,60
Mínimo		20
Máximo		54

El estudio realizado a 30 sujetos, sobre Autoestima tiene como interpretación los siguientes datos:

- Una media de 36,60 que se categoriza como “Promedio”

- Un valor mínimo de 20 que se categoriza como “bajo”
- Un valor máximo de 54 que se categoriza como “Alto”

Tabla 12

Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a los niveles de Autoestima de en los adolescentes con sobrepeso

		Autoestima. General Si Mismo	Social	Escolar	Hogar Padres
N	Válido	30	30	30	30
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	68,00	33,40	25,27	46,13
	Mínimo	10	10	10	28
	Máximo	92	78	88	57

En las dimensiones que abarcan la Autoestima podemos observar los siguientes resultados:

En la dimensión Autoestima General- Si mismo:

- Una media de 68.00 que vendría a categorizarse como “Promedio”.
- Un mínimo de 10 que se categorizaría como “Bajo”.
- Un máximo de 92 que vendría a categorizarse como “Alto”.

En la dimensión Social:

- Una media de 33.40 que vendría a categorizarse como “Promedio”.
- Un mínimo de 10 que se categorizaría como “Bajo”.
- Un máximo de 78 que vendría a categorizarse como “Alto”.

En la dimensión Nivel Escolar:

- Una media de 25.27 que vendría a categorizarse como “Promedio”.
- Un mínimo de 10 que se categorizaría como “Bajo”.
- Un máximo de 88 que vendría a categorizarse como “Alto”.

En la dimensión Hogar Padres:

- Una media de 46,13 que vendría a categorizarse como “Promedio”.
- Un mínimo de 28 que se categorizaría como “Bajo”.
- Un máximo de 57 que vendría a categorizarse como “Alto”.

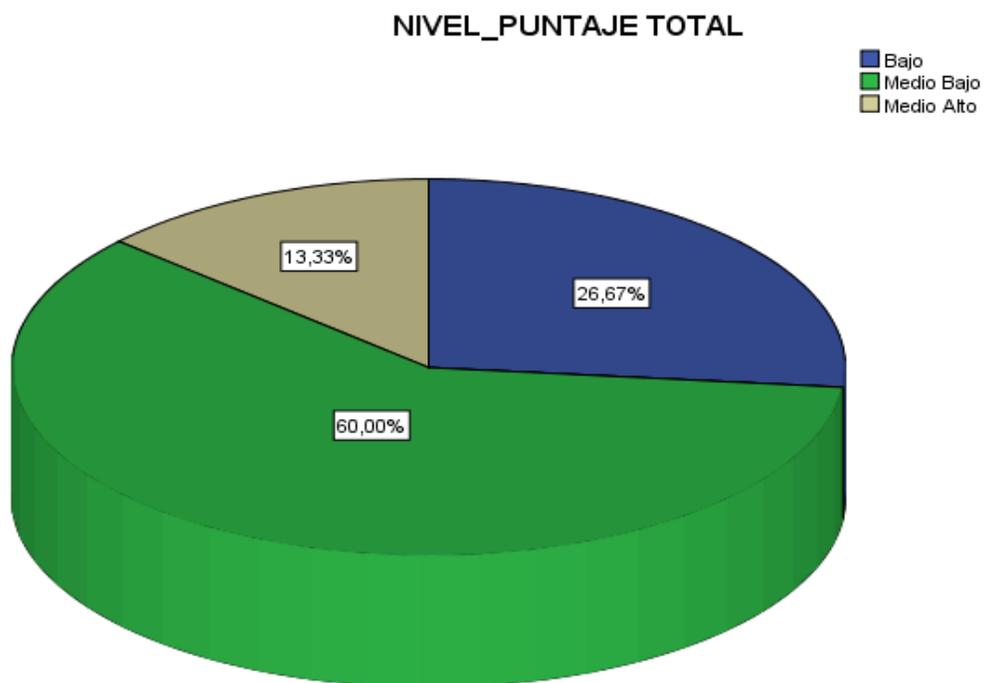


Figura 1. Resultados General Nivel de autoestima.

Comentario:

La Autoestima que predomina en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP Augusto B. Leguia se encuentran en el nivel Medio bajo, teniendo como resultado:

- 60.00 % medio bajo
- 26.67 % Bajo

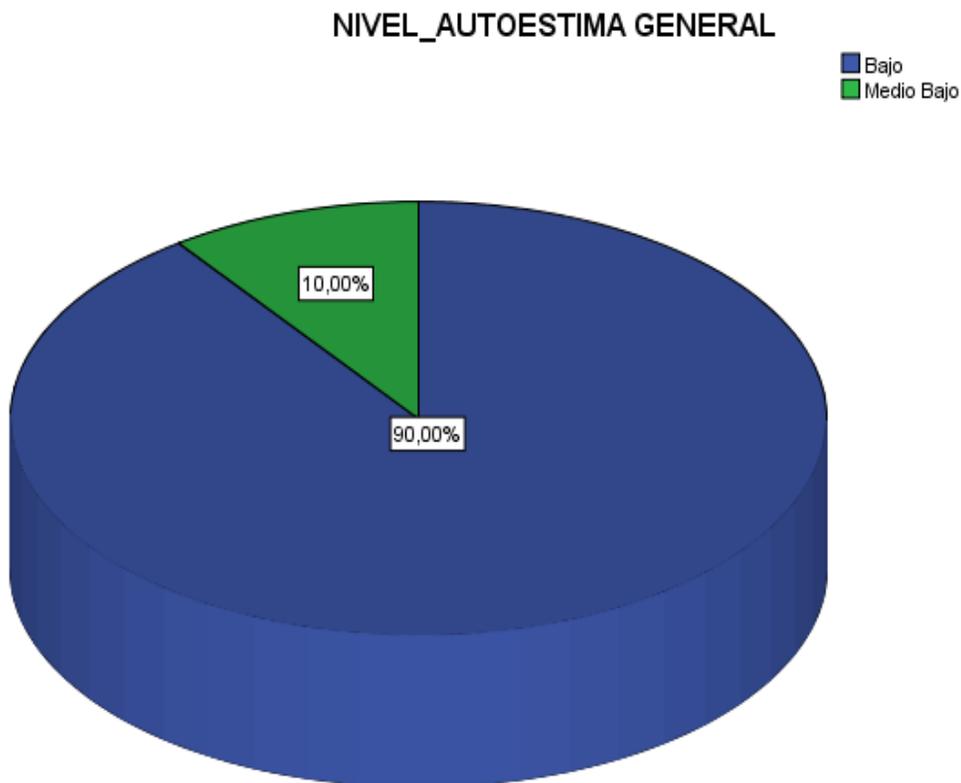


Figura 2: NIVEL AUTOESTIMA GENERAL – SI MISMO.

Comentario:

El nivel de Autoestima General – Si mismo, se considera como “Medio Bajo”, teniendo como resultado:

- 90.00% Promedio.
- 10% Bajo.

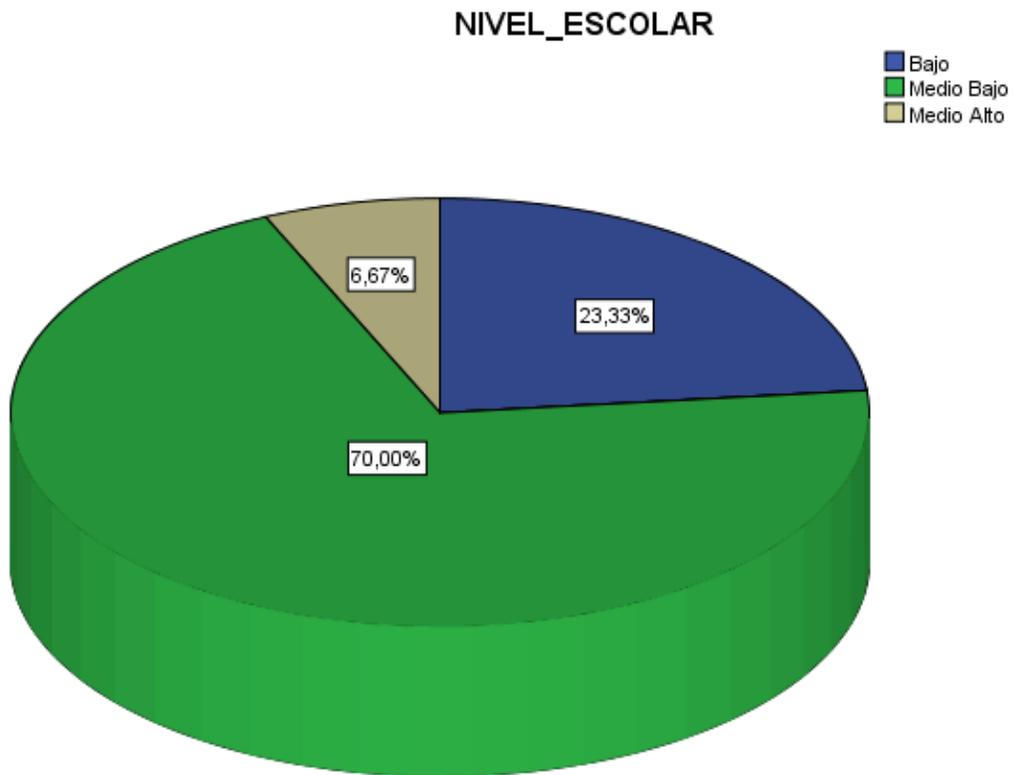


Figura 3: NIVEL ESCOLAR.

Comentario:

El nivel escolar se considera como “Medio Bajo”, teniendo como resultado:

- 70.00% Medio Bajo
- 23.33% Bajo.

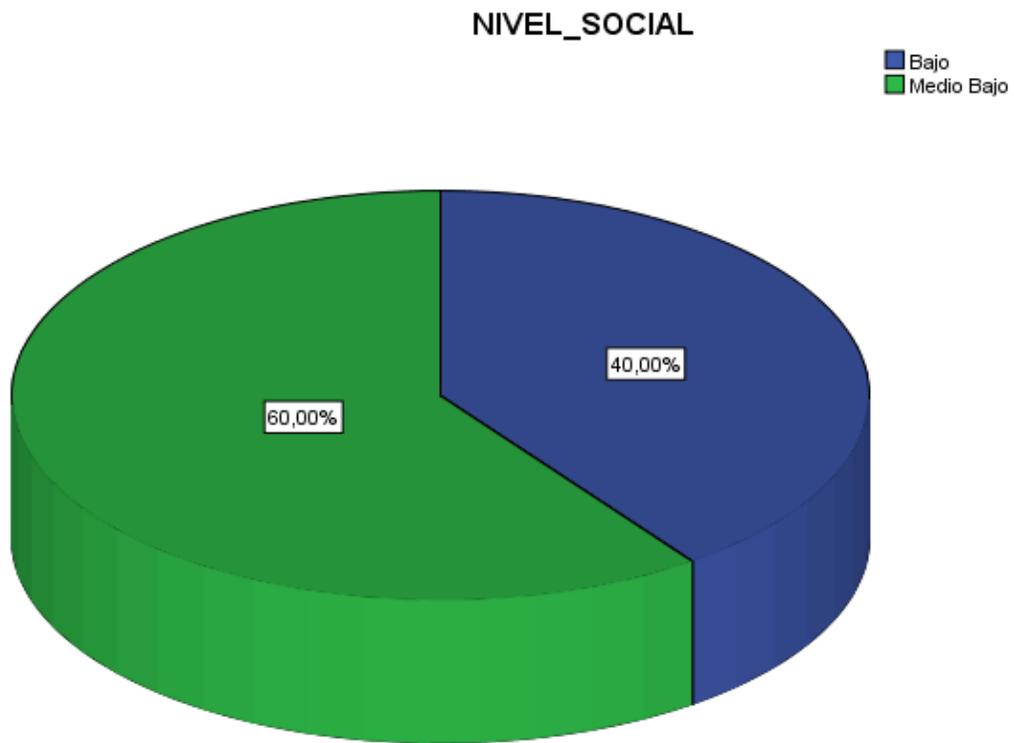


Figura 4: NIVEL SOCIAL

Comentario:

El nivel Social se considera como “Medio Bajo”, teniendo como resultado:

- 60.00% Promedio.
- 40.00% Bajo.

NIVEL_HOGAR PADRES

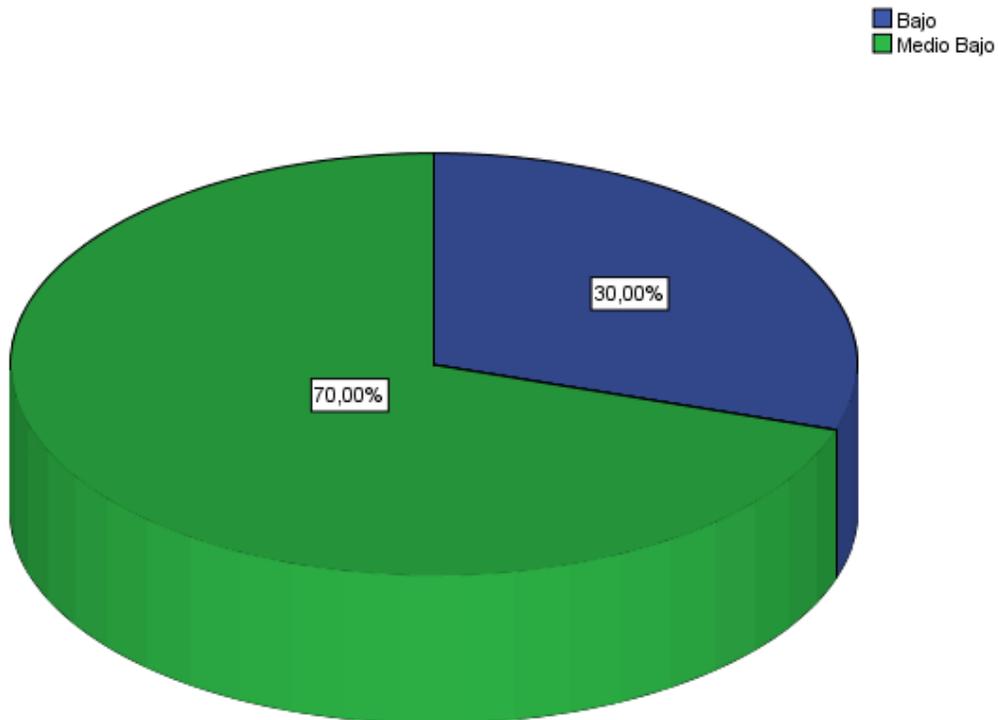


Figura 5: NIVEL HOGAR PADRES

Comentario:

El nivel Hogar Padres se considera como Medio Bajo, teniendo como resultado:

- 70.00% Medio Bajo.
- 30 % Bajo.

4.3. Analisis y discusión de los resultados.

A través de del presente estudio se evaluó los niveles de Autoestima en un grupo de 30 adolescente de entre 10 y 18 años del Hospital PNP Augusto B. Leguía - Rímac. Para la evaluación se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith versión escolar, donde se hallaron puntajes de las 04 dimensiones que componen la Autoestima.

Tomando en cuenta lo anterior mencionado se analizó los resultados obtenidos en relación a los niveles Autoestima , partiendo del Objetivo General del Estudio, los cuales indicaron que el nivel de autoestima de la muestra estudiada es de 60% a nivel Promedio y un 26,7 % a nivel bajo. Un alto porcentaje de los sujetos se ubicó en un nivel promedio bajo; esto quiere decir que más de mitad de la población se caracteriza por sentirse poco productivo, y le cuesta considerarse digno y capaz, expresando necesidades de aprobación; seguido del nivel baja autoestima, lo que indica que no poseen un adecuado control de emociones y pensamientos y que en general se perciben como deficiente en su imagen y en lo que realiza. Esto nos da a denotar que la mayor cantidad de los sujetos evaluados se encuentran debajo de los parámetros esperados para desenvolverse con los niveles de autoestima requeridos, teniendo dificultades para mantener buenas relaciones interpersonales así como socio emocionales dentro de las exigencias y experiencias de su ambiente social (Begoña, C., Romero, M., Casas, M. y Ruiz, T., 2000). . Similares resultados fueron obtenidos en un estudio sobre Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa (2010) realizado en un colegio de Lima, por la Facultad de Enfermería de la Universidad Cayetano Heredia, en Lima – Perú. El objetivo fue analizar los datos de diferentes evidencias para determinar la relación de los variables de obesidad, sobrepeso, autoestima y depresión. Esta investigación se realizó mediante recopilación de distintos estudios 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. Las conclusiones a las que llegaron fueron: El 58.7 % tiene un nivel de autoestima medio bajo. (Aguilar, M., et al., 2010)

Comentario: De acuerdo con lo obtenido por el Test de Autoestima resalta que la mayoría de los adolescentes con problemas de obesidad y sobrepeso considerados en el presente estudio posee una Autoestima Baja, lo que indica que se frustran con facilidad, son muy nerviosas, son dependientes de otras personas, su estado afectivo hacia sí misma es desfavorable.

Este nivel de autoestima que los adolescentes muestran está relacionado con los contextos de interacción de cada momento, las actividades que realizan, los aprendizajes asimilados en lo que concierne al factor escolar, los juegos, los pasatiempos, las amistades de las que son parte, las emociones vividas diariamente, las reglas o normas de la escuela en la que estudian, la forma de su alimentación así como cada pensamiento particular que pertenece al propio desarrollo individual.

Con relación a los objetivos específicos, los resultados de los niveles de cada dimensión que componen La autoestima en la muestra evaluada son los siguientes:

Con relación al aspecto Si Mismo General Se puede observar que un 90 por ciento alcanzó un nivel promedio Bajo, esto quiere decir que los sujetos a pesar de poseer aspiraciones y la necesidad de integrarse, tienen problemas para alcanzar mejores niveles de autoconfianza, y realización; seguido de un 10 por ciento de participantes que tienen un nivel Medio bajo. Similares resultados se observan en la investigación de Aguilar, M., et al., (2010) realizada sobre Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso, en una entidad educativa de Lima, en el cual se obtuvo un 70,6% en el nivel promedio, y un 14,2% en el nivel bajo.

Interpretación: El nivel Si mismo, Corresponde a la aceptación con que las adolescentes valoran sus conductas auto-descriptivas. Es el conjunto de todas las vivencias de modo general que llevan al sujeto a crear una autoimagen de sí mismo, permitiéndole así considerarse satisfecho o insatisfecho sobre su persona. La

Interpretación del autor del presente trabajo es que la percepción de los sujetos de estudio sobre el estado de la propia autoestima en modo general expresa que la mayoría presenta una Autoestima Baja. Este dato muestra que los adolescentes con problemas de sobrepeso en el conjunto de la autoestima de modo general se sienten insatisfechos; aquí se engloba muchos factores que muestran diversos niveles de introspección como las vivencias con sus pares, sus actividades, aprendizajes, juegos, ocio, emociones, sus responsabilidades, relaciones sociales, con la frecuencia de todos los días que se experimentan cotidianamente dentro del hogar y la escuela. Por lo tanto su percepción por si mismos es negativa. Desde el punto de vista de la imagen personal la etapa más significativa es la del sí mismo exterior, porque es la más abierta a la entrada de la información. Aquí las experiencias de éxito y fracaso, así como la forma en que se desarrolla la interacción con los adultos, son decisivas. Por eso es muy importante que padres y educadores sean los generadores positivos al entregar retroalimentación al adolescente acerca de sí mismo. Es importante tener presente que en la adolescencia existe un proceso de cambios biológicos y psíquicos importantes que provocan en ellos, incertidumbre, temor a lo desconocido. Ha terminado la niñez pero aún no pueden ser totalmente independientes, decidir totalmente por si solos, siendo ésta por tanto una época de contradicciones, de expectativas constantes con respecto a las relaciones interpersonales y sus actividades fundamentales.

Con respecto a los resultados obtenidos en el Nivel Escolar se observó que un 70 por ciento de los participantes se ubican en un nivel Medio Bajo, esto indica que no se sienten apoyados por quienes les transmiten valores y los aceptan, y tienen dificultades para el desarrollo de seguridad y autoconfianza en el desarrollo de sus relaciones con los otros educandos y sus docentes, seguido del nivel autoestima Baja con un 23.3 por ciento, esto quiere decir que estos adolescentes tiene problemas para alcanza el autodescubrimiento en los estudiantes lo que genera tensión en ellos, y tienen poca apertura a la seguridad y al deseo de sentirse triunfadores. Semejantes fueron los resultados obtenidos en la investigación realizada Huair E. (2012), sobre "Resiliencia, autoestima y rendimiento escolar en instituciones educativas de Ate

Vitarte” en el Distrito de Ate Vitarte que se llevó a cabo en la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. Existe una diferencia estadística en las frecuencias de estudiantes ubicados en los diversos niveles de resiliencia y autoestima. El nivel prevalente de rendimiento escolar que caracterizo a la muestra es el nivel bajo; en ello se encuentra el 54,50 por ciento de los estudiantes, o 5 de cada 10. Respecto a este resultado, podemos explicar que la población adolescente observada no encuentra en la escuela el ambiente propicio para fortalecer una relación que propicie el autodescubrimiento y el logro. Por esa razón, existe un porcentaje en bajo nivel de estas habilidades por la población adolescente ya que el aprendizaje no se genera de forma continua y su relación con los pares es poca en el ambiente escolar. Asimismo, es probable que sus profesores no enfoquen su condición como parte del problema que puede estar afectando su desarrollo escolar.

Interpretación: El nivel Autoestima Escolar corresponde al nivel de aceptación con que el adolescente de nuestro estudio valora sus conductas auto-descriptivas en relación con sus compañeros y profesores. Se refiere a la satisfacción o insatisfacción que posee de sí mismo de acuerdo a sus capacidades como estudiante, compañero y los roles que debe jugar en su comunidad escolar. Los datos de nuestro estudio muestran que la mayoría de los menores presentan un nivel medio (bajo) de autoestima. Esto se refiere a que la autopercepción que tienen sobre su capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar presenta limitaciones que afectan su capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares. Influye también la auto-valorización de las capacidades intelectuales, como sentirse menos inteligente, menos creativo, e inconstante, desde el punto de vista intelectual. Al realizar el análisis de la dimensión de Nivel Social se evidencia un 60 por ciento correspondiente al nivel Medio Bajo, lo que indica que un porcentaje mayor a la mitad de la población refleja menores dotes y habilidades en las relaciones con amigos en los diferentes marcos sociales, así como se aceptan así mismos y a los demás, percibiéndose como valiosos; seguido de un 40 por ciento correspondiente al nivel Bajo, lo que indica que cierto segmento se caracterizan por tener reducidas

probabilidades de lograr un adaptación social normal en el entorno en el que se desenvuelve, y tienen dificultades para reconocer acercamientos afectuosos o de aceptación. Similares resultados fueron obtenidos en el estudio de Huaré E. (2012), sobre “Resiliencia, autoestima y rendimiento escolar en instituciones educativas de Ate Vitarte” en el Distrito de Ate Vitarte. Existe una diferencia estadística en las frecuencias de estudiantes ubicados en los diversos niveles de resiliencia y autoestima. El nivel prevalente de relación social con sus pares que caracteriza a la muestra es el nivel bajo; en ello se encuentra el 63,23 por ciento de los estudiantes, o 6 de cada 10. Conclusiones: El nivel de prevalencia de los estudiantes es alto y el de nivel social es bajo, además, existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia, autoestima y comportamiento social.

Al realizar el análisis de la dimensión de Nivel Social de los adolescentes con sobrepeso comprendidos en estudio se evidencia un 60 por ciento correspondiente al nivel Medio Bajo, lo que indica que un porcentaje mayor a la mitad de la población refleja menores dotes y habilidades en las relaciones con amigos en los diferentes marcos sociales, así como se aceptan así mismos y a los demás, percibiéndose como valiosos; seguido de un 40 por ciento correspondiente al nivel Bajo, lo que indica que cierto segmento se caracterizan por tener reducidas probabilidades de lograr un adaptación social normal en el entorno en el que se desenvuelve, y tienen dificultades para reconocer acercamientos afectuosos o de aceptación. Similares resultados fueron obtenidos en el estudio de Huaré E. (2012), sobre “Resiliencia, autoestima y rendimiento escolar en instituciones educativas de Ate Vitarte” en el Distrito de Ate Vitarte. Existe una diferencia estadística en las frecuencias de estudiantes ubicados en los diversos niveles de resiliencia y autoestima. El nivel prevalente de relación social con sus pares que caracteriza a la muestra es el nivel bajo; en ello se encuentra el 63,23 por ciento de los estudiantes, o 6 de cada 10. Conclusiones: El nivel de prevalencia de los estudiantes es alto y el de nivel social es bajo, además, existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia, autoestima y comportamiento social.

Interpretación: La autoestima Social Corresponde al nivel de aceptación con que el adolescente con problemas de obesidad valora sus conductas auto-descriptivas en relación con sus pares. Es cómo se siente el sujeto consigo mismo al relacionarse con el medio social donde está inmerso. En este contexto que se refiere a la interrelación entre pares, la mayoría de las adolescentes con problemas de sobrepeso del estudio expresa una Autoestima Media (baja) en sus aptitudes, actitudes así como en sus conductas. Los adolescentes elaboran su autoestima en actividades como las amistades, interacciones, actividades recreacionales con quienes se identifican en confianza, también las diferencias entre ellos o desacuerdos; estas relaciones de amistad, simpatía o cordialidad entre adolescentes implican, la aceptación o la tolerancia, para interactuar entre sujetos. En el estudio se pone en evidencia que los adolescentes observados no muestran un buen manejo de sus habilidades para relacionarse con sus pares, amigos y extraños. Ya Haeussler y Milicic (1998) señalan que uno de los factores más decisivos para la adaptación social y el éxito en la vida es tener una alta autoestima, saberse que uno es competente y valioso para los otros. Esta autovaloración, a juicio del autor de este trabajo, involucra las emociones, los afectos, los valores y la conducta. Cuando un adolescente presenta un alto concepto de sí mismo, es capaz de sentirse importante cuando necesita ayuda, porque al reconocer su propio valor le es fácil reconocer el de los demás. Es responsable, se comunica y relaciona en forma adecuada con sus iguales. En cambio un sujeto con una autoestima negativa, no confía en sí mismo y tampoco confía en los demás. Suele ser inhibido y crítico, poco creativo, generalmente tiende a desvalorar los logros de los demás; como una forma de compensar sus debilidades, también desarrollan conductas desafiantes o agresivas. Así, mientras menos valora a los demás, a su vez, él es menos querido por su entorno.

Con relación a la Nivel Padres se observó que un 70 por ciento de los participantes se ubica en un nivel Medio bajo lo que indica que poseen cualidades en las relaciones con la familia, aunque sienten que necesitan ser mejor considerados y

respetados, así como poseer una mayor independencia, si bien comparten valores y aspiraciones; seguido del nivel Bajo con un 30 por ciento que indica que se no sienten aceptados, respetados o comprendidos en su vínculo familiar. En una investigación realizada por Huirse E. (2012), sobre “Resiliencia, autoestima y rendimiento escolar en instituciones educativas de Ate Vitarte” en el Distrito de Ate Vitarte para Determinar la prevalencia y relación entre resiliencia, autoestima y el rendimiento escolar en estudiantes de 3ro, 4to y 5to grado de educación secundaria de instituciones educativas del distrito de Ate Vitarte, determine que existe una diferencia estadística en las frecuencias de estudiantes ubicados en los diversos niveles de resiliencia y autoestima. La revisión señala que El nivel prevalente de relaciona parental es bajo; en ello se encuentra el 43,50 % de los estudiantes, o 4 de cada 10. Conclusiones: determinando que existe una, relación estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia, autoestima y la relación familiar.

Comentario: Este nivel corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto-descriptivas en relación con sus familiares directos. Implica incidencia en el estado afectivo de los menores en tal sentido, de acuerdo a los resultados obtenidos la mayoría de las adolescentes presentan un Autoestima Media (baja), lo que señala que cualquier factor que actúe negativamente en su autoestima puede hacer que se deteriore y así sufrir consecuencias en su desarrollo de su autoestima. En opinión del autor de este trabajo, la Autoestima Hogar es la familia y para muchas de ellas educar es corregir; y quizás por eso, generalmente, son más críticos que estimulantes con sus hijos. Sin embargo, el clima emocional que exista en el hogar, las expresiones de afecto, apertura para pasar momentos agradables, la forma en que se trate y guíe al adolescente tiene una influencia decisiva en la estabilidad emocional a. La investigación demuestra que una de las mayores dificultades que existen para lograr un buen nivel de salud mental es no contar con la aprobación y el apoyo familiar, lo cual se ve de manera ostensibles en los hábitos y costumbres, que pueden constituir un factor negativo. En este caso, lo relacionado con los hábitos, el nivel de comunicación y apertura. Uno de los aspectos familiares que

conducen a la obesidad, por ejemplo es el relacionado con la escasa atención que la familia aporta a la salud alimenticia, los deportes. El otro aspecto que se descuida en el seno familiar es el uso adecuado del tiempo de ocio, en desmedro de compartiendo tiempo de calidad, dejando espacio excesivo para los videojuegos, el uso del celular y la televisión; lo que incrementa la actividad (pasiva) y la incomunicación. Como señala (Haeussler, Milicic 1998) la aprobación y afecto familiar es importante construir un ambiente adecuado que fomente el crecimiento de la autoestima. Por lo tanto, a juicio de este autor, se puede percibir que la estructura familiar no es favorable para el desarrollo de su autoestima y mantener su nivel.

Las estadísticas mencionadas anteriormente nos muestran que los sujetos de estudio muestran con un nivel medio bajo de autoestima, lo cual nos da a notar que cierta parte de la población adolescente se encuentran sumergido en una sociedad que esta vulnerable ante esta amenaza a la salud, y que puede tener un efecto directo para su adecuado desenvolvimiento social, educativo y familiar lo cual genera desventajas con relación al desarrollo de su autoestima general.

Por otra parte, los resultados encontrados en esta investigación muestran nuevas perspectivas, en cuanto nos permite la profundización en el análisis de Autoestima, y su desarrollo en el adolescente con sobrepeso ya que es uno de los factores socio- emocionales que deben desarrollarse por ser necesario en cada etapa de la vida para lograr las metas planteadas y sus objetivos de las personas que han sido objeto de este estudio.

4.4. Conclusiones.

1. El nivel promedio de autoestima es medio-bajo, entre los adolescentes con sobrepeso y obesidad, atendidos el Hospital Augusto B. Leguía- Rímac.
2. Los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad tienen problemas de autoestima, pues se encuentran en una categoría baja a media baja.
3. Hay diferencia entre los adolescentes del sexo femenino y masculino, en cuanto su nivel de autoestima, siendo una mayoría de sexo femenino en el nivel de autoestima Medio bajo.
4. Es necesario señalar que el sobrepeso y la obesidad afecta el estado de ánimo de los adolescentes; pero en diferentes grados. Ya que en unas es poco, moderadamente, mucho y muchísimo. Esto depende en gran medida del apoyo que estas reciban de su entorno social y de sus familiares.
5. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que el sobrepeso y la obesidad afecta las relaciones familiares de los adolescentes que lo padecen. Ya que estas en algunos casos se ven discriminadas por los mismos, no las apoyan ni las ayudan en sus tratamientos sino por el contrario los critican por su aspecto y su figura.
6. En cuanto a la aplicación del cuestionario se obtuvieron pruebas validas por lo que no fue necesario pasar de nuevo el cuestionario a otros pacientes.
7. Una buena parte de los adolescentes señala que tienen problemas en su relación social pues no se sienten a gusto con su figura por lo cual evaden en muchas ocasiones de interrelación social o tratan de esconder su cuerpo pues no se aceptan y sienten que serán criticadas por su entorno. Pues

muchas de las consecuencias físicas de la obesidad o sobrepeso son la conocida, celulitis, flacidez, exceso de piel que generan cierto tipo de frustración.

4.5. Recomendaciones.

Con la finalidad de resaltar el papel de la psicología en las enfermedades medicas como se ha descrito en el Marco Teórico, surgió la motivación por estudiar la obesidad, patología considerada hoy en día, como una epidemia a nivel mundial. Siendo relevante ahondar en los conocimientos ya existentes respecto al tema y aportar a los tratamientos desde el punto de vista psicológico para esta enfermedad, Por lo cual se desarrollan las siguientes recomendaciones:

1. Desarrollar un programa de ayuda psicología a los jóvenes diagnosticados con obesidad que presentan una baja autoestima, en la cual debe incluirse el grupo familiar (Ver en anexo N° 10). Trabajar en conjunto con la nutricionista, enseñarles a alimentarse adecuadamente y a no relacionar estrés o situaciones de tensión con la alimentación.
2. Fomentar la educación nutricional para evitar el aumento de la tasa de obesidad en el país. Como psicólogos es muy importante manejar este tipo de temas pues actualmente existen diversos tipos de desórdenes alimenticios los cuales en muchas ocasiones pueden llevar a quienes los presentan hasta la muerte. Es por eso que aprender a comer y que comer es muy importante para una excelente calidad de vida.
3. Realizar futuras investigaciones relacionando otras variables que influyen en la autoestima de las personas que sufren obesidad. Pues las familias, los patronos, la sociedad, los amigos, etc. Tienen influencia en la autoestima de estas personas.
4. Realizar terapias grupales y establecer estrategias de motivación para que los jóvenes adolescentes mejoren su autoestima y se acepten a si mismos

CAPITULO V

PROGRAMA DE INTERVENCION

5.1. DENOMINACION DEL PROGRAMA.

Taller de modificación de conducta aplicada a adolescentes con sobrepeso del HOSP. PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC, 2017.

5.2. JUSTIFICACION DEL PROGRAMA.

El objetivo del presente trabajo ha sido el de determinar el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017. En ese contexto se llevó a cabo un estudio en la población de niños y adolescentes que se atienden en el Hospital. En este establecimiento se ha evaluado indicadores de obesidad en una grupo (una muestra de 30) adolescentes que atienden por dolencias específicas derivadas de este síndrome. Por todo lo anterior ha sido importante la detección oportuna de sobrepeso y la obesidad, pero principalmente de los factores asociados a estas (actividad física, antecedentes heredofamiliares, alimentación, alteración en la funcionalidad familiar), teniendo así la oportunidad de modificar o tener en cuenta alguno de ellos, para evitar las complicaciones tanto en el plano: físico-funcional, económico, emocional y familiar de cada paciente, teniendo así mejores condiciones de vida.

Los resultados del estudio indican que en cuanto a los adolescentes (30) diagnosticados con sobrepeso y obesidad el 60 por ciento se ubica en el nivel medio bajo de autoestima, mientras que el 27 por ciento en el nivel bajo y el 13 por ciento en el nivel medio alto. Un alto porcentaje de los sujetos se ubicó en un nivel promedio bajo; esto quiere decir que más de mitad de los pacientes se caracteriza por sentirse poco productivo, y le cuesta considerarse digno y capaz, expresando necesidades de aprobación; seguido del nivel baja autoestima, lo que indica

que no poseen un adecuado control de emociones y pensamientos y que en general se perciben como deficiente en su imagen y en lo que realiza en sus actividades sociales y escolares.

Por todo lo expuesto, es que se consideró necesario desarrollar un programa de intervención psicológica a los jóvenes diagnosticados con obesidad que presentan una baja autoestima. En este procedimiento se ha incluido al grupo familiar. **Se ha considerado asimismo, trabajar en conjunto con la nutricionista, desarrollar actividades que promuevan una alimentación saludable** y a no relacionar estrés o situaciones de tensión con la alimentación. De la misma manera, implementar sesiones enfocadas a fortalecer la autoestima, interviniendo en sus principales indicadores.

El tratamiento de la obesidad instaurada no es fácil y en muchas ocasiones conduce al fracaso, al ser muy difícil por un lado erradicar los hábitos nutricionales y estilos de vida del niño y de la familia y por otro lado al producirse un fenómeno de adaptación progresiva del organismo frente al ayuno, gracias al cual disminuyen las necesidades energéticas (Ballabriga et al, 2001; Bouchard y Bray, 1996).

El Programa ha de ser dirigido no sólo hacia el paciente sino también hacia el medio en el cual se desarrolla su actividad: la familia y la escuela. Ha de contemplar tres aspectos: reeducación nutricional del niño y de su familia, soporte psicológico e incremento de la actividad física (Ballabriga et al, 2001)

Es conveniente el desarrollar estrategias psico-educativas para lograr una modificación de conducta estable y duradera. Ya que el objetivo es el autocontrol.

Las técnicas más utilizadas en la modificación de conducta, son el auto registros y los contratos conductuales. Los pacientes deben aprender a llevar registro diario de las comidas que realiza, no sólo el tipo y la cantidad, sino cuándo, con quién y dónde las ingirió: con esto se logra que el niño tome conciencia de sus hábitos y pueda

modificarlos y, por otro, ayuda al especialista a identificar si la ingesta se relaciona con momentos de aburrimiento, frustración, soledad, etc. Los contratos conductuales son acuerdos explícitos para recompensar la consecución de objetivos con premios estimulantes, asequibles y adecuados, en ningún caso alimentos, como por ejemplo ir al cine.

Los objetivos de la presente intervención no se basarán en el peso, sino en la adquisición de conductas y hábitos nuevos. Hay estudios que demuestran que el añadir técnicas de modificación de conducta a los distintos tratamientos ha dado resultados esperanzadores, incluso a largo plazo (Epstein y Wing, 1987; Susking, Sothorn, Farris, Almen et al, 1993). Los mejores resultados se obtienen, sin embargo, a través del tratamiento integral en que se contempla desde una perspectiva médica, nutricional, psicológica y de la actividad física.

Parte de la estrategia del programa se basa en las recomendaciones de expertos (Barlow y Dietz, 1998, Viner, Bryant-Waught y Nicholls, 2000) que recomiendan el mantenimiento del peso en lugar de reducirlo, mientras continúa el crecimiento longitudinal, con lo cual se va mejorando paulatinamente el IMC relativo.

De esta manera resultara más eficaz por ser más fácil de alcanzar; las dietas no son tan restrictivas, lo cual consigue una mayor adhesión y una mejor aceptación; se desarrollara un balance energético estable que por lo tanto hace más probable el mantenimiento del peso a largo plazo; y además evita posibles efectos indeseables de las terapias más agresivas, como pérdida de masa magra o alteraciones nutricionales, metabólicas o psicológicas que interfieran con el adecuado crecimiento, desarrollo y nivel de actividad del paciente joven. (Epstein y Wing, 1987; Susking, Sothorn, Farris, Almen et al, 1993).

Además, los estudios sugieren que los programas que involucran el estilo de vida producen mejores resultados a largo plazo. Los componentes efectivos de estos

programas serán la implicación parental, reducción de la ingestión de alimentos de alta densidad de energía y reducción de la inactividad física.

Es fundamental crear un ambiente óptimo para que el niño desarrolle un autocontrol de la ingesta energética, para lo que es imprescindible la adhesión de padres como los hermanos a los programas de regulación de peso corporal (Vásquez-Machado Moisés, Ulate-Montero, Guido (2010).

Toda la familia debe implicarse en el tratamiento del niño obeso, ya que es el marco natural para cualquier tipo de aprendizaje. Las comidas en familia a horas fijas y sentadas en la mesa, la disminución de las horas de televisión, la incorporación de alimentos saludables en la dieta y el incremento de la actividad física contribuyen a mejorar y corregir los hábitos alimentarios y de actividad del niño obeso.

Es muy importante la motivación, si paciente o la familia están desmotivados, frecuentemente se fracasa en la intervención terapéutica. Es necesario explicar a los pacientes y a sus padres, la urgencia necesaria para remediar la situación de su peso. El cambio de vida del paciente y de la familia debe ocurrir de manera lenta y gradual (Giraldo Osorio A; Toro Rosero M; Macías Ladino A; et al, 2010).

5.3. OBJETIVOS

Realizar un programa de tratamiento integral para la obesidad del adolescente que implique cambios nutricionales, emocionales y de estilos de vida del paciente y de su entorno familiar.

Las técnicas que la familia debe aprender incluye:

1. **Concienciar para el desarrollo específico** de unos hábitos alimentarios, actividad y conductas familiares.

2. **Identificación de la conducta problema.** El especialista puede ayudar a identificar los alimentos específicos de alto contenido calórico en los modelos paternos y también los obstáculos para aumentar la actividad física.
3. **Modificación de conducta.** Específicamente, las familias deben aprender a hacer cambios pequeños y permanentes, y solo hacer cambios adicionales cuando se halla conseguido que los cambios anteriores estén firmemente consolidados.
4. **Identificación de los problemas que van surgiendo,** como cuando los niños empiezan a ser más independientes, cambios en el programa familiar, u otros cambios que puedan suceder.

5.3.1. Objetivos Específicos:

a) Dirigidos a los padres de los pacientes:

1. Promover el conocimiento de la problemática de su hijo y acentuar la importancia de su participación activa en el programa en los padres y otros familiares.
2. Ofrecer a los padres sugerencias sobre nutrición y normo-calóricas y equilibradas para sus hijos.
3. Aportar a los padres recomendaciones conductuales.

b) Dirigidos a los pacientes:

1. Fomentar hábitos nutricionales y estilos de vida saludables.
2. Ofrecer conceptos básicos de nutrición y alimentación.
3. Promover la actividad física.
4. Aumentar o mantener en el niño la autoestima.
5. Impulsar conductas asertivas para mejorar las relaciones sociales.

5.4. SECTOR AL QUE SE DIRIGE.

El Programa de Intervención está dirigido a Adolescentes de entre 10 y 18 años de edad, que son pacientes que tienen problemas de peso y obesidad que acuden al Hospital PNP Augusto B. Leguía del Distrito del Rímac.

El estudio realizado indica que el 60 por ciento de los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad se ubica en el nivel medio bajo de autoestima, mientras que el 27 por ciento en el nivel bajo y el 13 por ciento en el nivel medio alto. Lo cual refleja que la mayoría se encuentra en el nivel medio bajo.

5.4.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los sujetos incluidos en el Programa han sido treinta (30) individuos jóvenes, (20 mujeres y 10 hombres) que reciben atención en el área de nutrición del Hospital; diagnosticados con sobrepeso/obesidad y con edades que oscilan entre 10 y 18 años. El grupo objetivo fue determinado aplicando un muestreo no probabilístico utilizando los casos tipo donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, y no la cantidad, y estandarización.

El criterio de inclusión de los sujetos-tipo que acuden al área de Nutrición cuando son derivados de Medicina General, en busca de apoyo para la Prevención de Enfermedades Crónicas del hospital, se realizó una vez evaluados en Nutrición acuden al área de Psicología y Salud Mental del Hospital. Esto ocurre no antes que el personal de salud aplique determinados criterios basados en datos sugestivos de enfermedades asociadas a la obesidad; coexistencia de patologías genéticas o endocrinas así como presencia de obesidad. Solo entonces el adolescente ha sido derivado al área de nutrición para valorar la referencia a la consulta especializada. Además se Identifican en la etapa de valoración datos clínicos como: a) Retraso del crecimiento, b) Cefalea frecuente, c) Acantosis nigricans en pliegues cutáneos, d)

Dificultad respiratoria nocturna e) Somnolencia durante el día, f) Hipertensión arterial, g) Hirsutismo, h) Obesidad central. El especialista en Nutrición es quien deriva los casos clínicos al Área de Psicología.

Un punto a destacar es que los jóvenes incluidos en el estudio no sólo correspondieron a voluntarios, sino que a todos los sujetos que cumplieran con los requisitos de inclusión. De esta manera al comenzar la aplicación les fue enviada una carta de información y consentimiento a los padres y/o apoderado, la cual debía ser entregada a las evaluadoras con la respectiva información y firma del apoderado y/o encargado del niño. Como criterio de inclusión en el presente estudio se consideró a las mujeres y hombres entre los 10 y 18 años, a la fecha de evaluación.

En el desarrollo del programa, que propone desarrollar la intervención con la participación del grupo familiar, se ha contado con la colaboración de los padres y los demás miembros del círculo familiar, por lo que no se aplicaron criterios de exclusión para delimitar el grupo objetivo.

5.5. ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS / CONDUCTAS METAS.

5.5.1. Conductas problemáticas

Los sujetos son 30 pacientes que se evaluaron en el presente estudio y de un CI normal, de edades comprendidas entre 10 y 18 años de edad. Los cambios de peso serán comparados con la ficha de información no clínicos que se levantó al inicio del presente trabajo. Un alto porcentaje de los sujetos se ubicó en un nivel promedio bajo; esto quiere decir que más de mitad de la población se caracteriza por sentirse poco productivo, y le cuesta considerarse digno y capaz, expresando necesidades de aprobación; seguido del nivel baja autoestima, lo que indica que no poseen un adecuado control de emociones y pensamientos y que en general se perciben como deficiente en su imagen y en las actividades que realizan.

5.5.2. Conducta metas relacionadas con los hábitos alimenticios.

La terapia dietética del niño con sobrepeso y obesidad deberá cumplir con las siguientes características médicas:

- Mantenimiento de la masa magra, y asegurar el aporte de vitaminas,
- minerales y ácidos grasos esenciales,
- Disminución de masa grasa.
- Mantenimiento del crecimiento adecuado.
- Prevención de las complicaciones de la obesidad

La alimentación saludable es la que permite nutrir correctamente al niño sin que pase hambre. Debe ser equilibrada en cuanto a principios inmediatos (50-55% de hidratos de carbono, 30-35% de grasas, 15-20% de proteínas), variada para asegurar el aporte correcto de minerales y oligoelementos y evitar el cansancio del niño y adaptada al estilo de vida familiar. Siempre que sea posible debemos basar las recomendaciones en dietas isocalóricas (aquella que en la que el número de calorías es $1000+100 \times$ número de años de edad, hasta 2200 en mujeres y 2500 en hombres) (Ballabriga et al, 2001).

La dieta familiar debe adaptarse siguiendo el consejo del especialista en nutrición y mediante un programa de formación nutricional dirigido conjuntamente a los padres y a los niños con obesidad. La ingesta se debe dividir en 4 o 5 tomas durante el día, fomentando el consumo de frutas, verduras y fibra, disminuyendo el consumo de bollería, golosinas, fritos o bebidas azucaradas, de tal manera que la dieta aporte no más del 30% de las calorías en grasa.

Los resultados sugieren que los niños aprenden a preferir los alimentos asociados con contextos positivos y a mostrar aversión por los alimentos asociados con contextos negativos. Este aprendizaje social permite explicar el desarrollo de

preferencias por alimentos amargos o irritantes que innatamente provocan rechazo como: el café, el alcohol, el tabaco o las especias picantes.

Sin embargo un niño sano que tenga a su disposición una amplia variedad de alimentos, en un ambiente no restrictivo y psicológicamente sano, aprenderá a comer una dieta nutricionalmente adecuada que le permita un buen crecimiento y desarrollo.

5.6.3. Conducta meta relacionada con la actividad física.

El rápido aumento de la obesidad infantil ha sido reflejo de una explosión de actividades de ocio para niños como los ordenadores, videojuegos, y la televisión (Andersen, Crespo, Bartlett y Cheskin et al, 1998).

Epstein, Valoski, Vara, McCurley et al (1995) proponen el prescribir la actividad física para el tratamiento de la obesidad infantil, la cual implica la reducción de conductas sedentarias, lo cual tiene un efecto positivo en los niveles físicos de actividad.

Estos autores concluyeron que los niños y adolescentes son muy sedentarios; que el tiempo utilizado en actividades sedentarias son inversamente proporcionales con el nivel moderado de actividad; mientras que la autoestima y las influencias sociales correlacionan positivamente con la actividad física intensa. Además, el incremento de niveles altos de actividad física es un componente importante para el desarrollo de la autoestima en niños. Ya se había sugerido que la actividad física, en particular la participación en deportes, debe afectar al desarrollo de la autoestima en los adolescentes.

El ejercicio físico juega un papel fundamental en el mantenimiento del peso perdido a largo plazo. La actividad física aumenta el gasto energético total y gasto energético basal, modifica la composición corporal y los hábitos alimentarios, modula

el apetito, mejora los factores de riesgo asociados a la obesidad y mortalidad, tiene efectos psicológicos positivos.

5.5.4. Conducta meta relacionada con emocionalidad.

Hay evidencia que los objetivos para perder peso resultan más difíciles de conseguir a corto plazo. Habrá mejores resultados si se planean objetivos a largo plazo, que sean específicos, medibles y sobre todo realizables.

Tres claves para el tratamiento de la obesidad han sido identificadas:

- la familia,
- la escuela y
- los cuidados primarios.

El tratamiento debe focalizarse en la modificación de conducta y en la familia (Epstein, Valoski, Wing y McCurley, 1990).

Los programas de prevención de obesidad, como cualquier programa que sirve a los niños y adolescentes, se enfocarán apropiadamente en educar evitándole cualquier daño. Es importante tratar los pacientes con respeto y ayudarles a entender la conducta apropiada a incorporarlas en sus vidas para que logren un mejor desarrollo y crecimiento. Los adultos familiares tienen la responsabilidad de crear un ambiente enriquecido que ayude a los niños a reconocer su propio valor y el respeto a las distintas culturas y las necesidades de sus familias

El tratamiento debería ayudar a la familia a hacer cambios pequeños y graduales, y el especialista recomendará los pasos adicionales solo después de que el paciente y la familia hayan aprendido a fondo estos cambios.

Las visitas deberían ser tan frecuentes como cada 02 semanas, cada visita debe permitir al especialista evaluar el progreso, evaluar las recomendaciones apropiadas,

evaluar el peso, enfatizar la implicación del clínico y su preocupación, mejorar el refuerzo positivo para cambiar conductas, y comunicar a la familia la importancia del problema y la carencia de una solución rápida.

El especialista enfatizará los siguientes principios en las conductas de la alimentación y de las actividades relacionadas con la modificación de los estilos de vida y soporte psico-afectivo, para fortalecer la intervención emocional:

- 1) **Encontrar razones para elogiar las conductas de los niños.** Recordar a los Padres que aunque las conductas de los niños puedan ser buenas o malas, los niños son siempre buenos. Por lo tanto, los elogios y la corrección se deben focalizar en la conducta de los niños y no en los niños.
- 2) **Nunca utilizar la comida como un premio.** En cambio, la actividad y el tiempo con sus padres debe ser el premio deseado de conducta.
- 3) **Los padres pueden premiar a los niños por los cambios en su propia conducta,** con el aumento de tiempo con los niños o modificando una actividad. Por ejemplo, los niños les podría gustar que sus padres les permitieran ir a dormir más tarde como premio por haber jugado un partido de fútbol.
- 4) **Los padres o cuidadores deben determinar que comida se ofrecerá y cuando,** y los niños deben decidir si aceptan o no comer.
- 5) **Ofrecer solo opciones sanas.** Los padres pueden preguntar al niño si escoge una manzana o un bocadillo, pero no una manzana o un pastel, o preguntarle si prefiere jugar fuera o ir al parque, en vez de que elija entre jugar fuera o ver la TV.

- 6) **Quitar tentaciones.** Los padres pueden controlar la comida que compran y limitar o eliminar las comidas altas en grasas o en azúcares.
- 7) **Ser modelos.** Los padres deben mejorar sus propios hábitos alimentarios o niveles de actividad.
- 8) **Ser consecuentes.** Consentir inconsecuencias refuerza conductas indeseables. Es mejor establecer límites.

5.6. METODOLOGIA.

La intervención de la obesidad es más exitosa si se asientan en objetivos realistas; mediante una dieta equilibrada; una moderada reducción de la ingesta (acerca de un 20-25 por ciento de disminución); el incremento de la actividad física es enfatizada tanto como la dieta; el apoyo parental debe ser fuerte; y la terapia de conducta proporciona ayuda tanto a niños como a sus padres para conseguir los objetivos de dieta, ejercicio y conducta.

El programa tiene las siguientes características:

- A. Utiliza técnicas cognitivo-conductuales y afectivas.
- B. Trabaja con temas relacionados con su salud como: Alimentación, publicidad engañosa, autocontrol, imagen corporal, comunicación, resolución de conflictos, asertividad, autoestima, relajación y actividad e inactividad física (horas de televisión y juegos de ordenador).
- C. Posibilita un espacio donde los adolescentes puedan analizar y expresar sus emociones en relación con el tema del sobrepeso, obesidad y sus consecuencias.

5.6.1. Especialistas involucrados.

- a. Psicólogo.
- b. Nutricionista.

5.6.2. Evaluación para iniciar el programa de Intervención.

En un programa dirigido a la modificación en el peso, si no se está preparado para cambiar es inútil y perjudicial realizarlo, porque no tendrá éxito y hará disminuir la autoestima del niño y perjudica futuros esfuerzos para mejorar el peso. Si son los niños que no están preparados para el cambio, pero los padres si, estos pueden modificar la dieta y la actividad.

Las familias que no están preparadas para el cambio es por una falta de preocupación acerca de la obesidad del niño, o creen que la obesidad es inevitable y que no la pueden cambiar, o no están interesados en modificar los hábitos alimentarios y la actividad.

Es el especialista que ha de averiguar si padres y niños o adolescentes están preparados. Habrá que trabajar para mejorar la motivación o posponerla terapia para la obesidad para cuando estén preparados. La intervención motivacional es una técnica utilizada con adultos para prepararlos para el cambio de conducta, y que tiene aplicaciones para el tratamiento de la obesidad.

Una buena técnica es preguntar a todos los miembros de la familia como se preocupan acerca del peso del paciente, si creen que es posible que pierda peso, y que cambios serían necesarios para poder conseguirlo. Hay que evaluar a los padres, para ver si no tienen desórdenes alimentarios.

5.6.3 Establecimiento de la Historia dietética.

Se realizará una evaluación global de los hábitos alimentarios de cada niño para identificar el modelo de comida que provoca la ingestión del exceso de calorías. La familia debe describir las comidas en un día típico y estimar diariamente o semanalmente la ingestión de comidas altas en calorías o grasas. Las comidas preparadas fuera de casa es una fuente importante de comidas altas en calorías, como restaurantes de comida rápida, las comidas en el colegio, o si son cuidados y alimentados por abuelos u otros cuidadores.

5.6.4. Establecimiento de la Historia de la actividad física

Se realizara una cuidadosa historia de la actividad física, identifica oportunidades para incrementar el gasto energético.

Esta evaluación no debe ser tan solo cuantificada por la actividad más enérgica, como deportes que se realizan o la educación física realizada en la escuela, también deben incluir las actividades de cada día, como ir andando a la escuela o hasta la parada del bus, juegos espontáneos en la calle, o en el patio, y faenas de casa. El tiempo que se utiliza en conductas sedentarias, como ver la televisión o usar el ordenador también deben ser estimadas.

La identificación de otros cuidadores además de los padres, que son responsables de la supervisión de la actividad deberá desarrollar una complicidad con el tratamiento. Cada alianza mejora el éxito del tratamiento.

5.6.5. Configuración del programa:

Programa tiene la posibilidad de aplicarse en formato grupal o individual

5.6.6. Criterios de inclusión:

Dirigido a niños y adolescentes de 10 a 18 años de edad con problemas de sobrepeso u obesidad exógena con un coeficiente intelectual dentro del rango de la normalidad.

5.6.7. Antes de iniciar el programa:

Dos (02) entrevistas con los padres y los pacientes antes de iniciar el programa y una sesión para los padres en formato grupal, para cumplir los objetivos señalados dirigidos a los padres.

5.6.8. Duración del programa:

Ocho (08) semanas de duración, divididas en sesiones semanales de una hora y media.

5.7. INSTRUMENTOS.

El programa contempla los recursos materiales, instrumentos y elementos personales para su ejecución.

5.7.1. Material a utilizar:

A. Para el instructor:

- Manual para el instructor, con las explicaciones semanales.
- Material de apoyo didáctico para llevar a cabo en cada sesión.

B. Para el Niño y adolescente:

Un libro para cada paciente que contiene 10 capítulos en forma de relatos y ejercicios teóricos y prácticos referentes al contenido de las historias y al tema específico a tratar en cada sesión. Está diseñado para que el paciente trabaje en

casa y posteriormente en la sesión, lo cual se utilizó los materiales como: Lápiz, Cartulinas, papel bond, plumones, papelógrafos, plumones y laptop.

5.7.2. Técnicas propuesta para el manejo de la ansiedad.

La ansiedad es un estado emocional inconsciente que nos hace sentir inquieto o angustiados ante algunas situaciones que sentimos que no podemos controlar. Es una sensación constante en el día a día de la persona que impide que podamos disfrutar plenamente del momento.¹

Cuando la ansiedad se mantiene durante un periodo de tiempo más o menos largo se produce una tensión muscular continua tanto en el sueño como en la vigilia. Esta sensación de tensión nos acompaña y hace que cada vez más, nos cueste estar relajados y a gusto. Este tipo de ansiedad, se puede encontrar en los sujetos tipos jóvenes afectados con niveles bajos de autoestima, y en especial aquellos que adolecen de estos niveles bajos por su condición de obesidad o sobrepeso. Es por ello, que se propone en este programa desarrollar y aplicar técnicas para el manejo de la ansiedad.

Los ejercicios de relajación ayudan a liberar cuerpo y mente. Esta técnica se aplicara bajo la supervisión del psicólogo profesional para ayudar al sujeto a aprender a estas técnicas,

Control de la respiración

Se pone en práctica una sencilla técnica que puedes practicar en cualquier lugar: el control de la respiración.

- Inspira por la nariz en lugar de por la boca.
- Respira suave y profundamente varias veces. Nota como se ensancha el abdomen en la inspiración y cómo se estrecha en la exhalación.

¹ <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/tecnicas%20ansiedad.pdf>

- Haz un par de inspiraciones profundas por la nariz seguidas de exhalaciones lentas y suaves por la boca.

Respiración diafragmática.

- Colocar al sujeto en una posición cómoda y solicitarle que intente relajar los músculos.
- Sitúa una mano en el pecho y otra sobre el estómago.
- Toma aire lentamente por la nariz llevando el aire hasta la mano que tienes en el estómago. La mano del pecho debe quedar inmóvil.
- Cuando consiga llevar el aire hasta allí, retenerlo durante un par de segundos.
- Soltar el aire poco a poco por la boca, de manera que sientas como se va hundiendo el estómago y la mano del pecho sigue inmóvil.
- Repetir varias veces este ejercicio.

Entrenamiento autógeno de Schultz.

Este entrenamiento en relajación es uno de los más usados en terapia psicológica y, a su vez, uno de los más amplios. Apta para llevarla a cabo en un tiempo más o menos corto. Para el desarrollo de este entrenamiento se escoge un lugar cómodo y tranquilo donde no existan distracciones.

Se sigue este procedimiento:

- Cerrar los ojos y respiración profunda.
- Con cada exhalación se repite mentalmente “estoy relajado, cada vez más tranquilo”.
- El individuo fija su mente en su pierna derecha y se concentra en su calor. Va alcanzando niveles de relajación lentamente a medida que ejecuta repeticiones mentales p.e., repite: “mi pierna derecha está relajada, cada vez más”.

- Cuando esa extremidad esté relajada, pasa a la pierna izquierda y repite el ejercicio. Continúa después con el abdomen, los brazos y el cuello.
- Cuando el cuello está relajado pasa a la cabeza. Se concentra en ella y repite “mi cabeza está despejada”. En este momento todo el cuerpo debería estar sumido en un estado de relajación.
- Respirar hondo antes de abrir los ojos. Retén esa sensación de relajación y, antes de levantarte, estira los músculos y activa tus sentidos.

5.8. ACTIVIDADES.

5.8.1. Propósito: Es un programa de reeducación dirigido a niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad con el objetivo de realizar cambios sobre aquellos estilos de vida y hábitos alimentarios que contribuyen a la ganancia de peso. El programa Ayuda a los participantes a hacer cambios en su alimentación, actividad y emocionalidad, con la pretensión de conseguir una disminución de la obesidad mediante una alimentación normo-calórica y equilibrada.

5.8.2. Desarrollo de actividades: El programa tiene las siguientes actividades (08 sesiones) que abordará la siguiente temática:

- Trabaja con temas relacionados con su salud como: Alimentación, publicidad engañosa, autocontrol, imagen corporal, comunicación, resolución de conflictos, asertividad, autoestima, relajación y actividad e inactividad física (horas de televisión y juegos de ordenador).
- Posibilita un espacio donde los adolescentes puedan analizar y expresar sus emociones en relación con el tema del sobrepeso, obesidad y sus consecuencias.

5.8.3. Contenido de las sesiones:

Sesiones	Actividades
01	Introducción y explicación del programa. Conociéndose.
02	Imagen corporal, sentimientos acerca del cuerpo. La importancia del desayuno. Frutas y verduras. Clasificando los alimentos: libres, ligeros, pesados y mega-pesados.
03	Ejercicio físico parte 1. Pirámide del ejercicio ¿cuánto tiempo veo la TV?
04	Ejercicio físico parte 2. Plan de ejercicio. Etiquetas nutricionales.
05	Pirámide de los alimentos. ¿Por qué siento hambre?, diferenciar el hambre de Sentimientos parte 1. Queriéndose a uno mismo. Autoestima otros sentimientos. La importancia de no saltarse comidas.
06	Sentimientos parte 2. La importancia de hablar de nuestros sentimientos, Asertividad.
07	Sentimientos parte 3. Evitar el aburrimiento. Posibles recaídas. Conflictos familiares. Ocasiones especiales.
08	Revisión de los logros, felicitaciones y entrega de diplomas.

5.8.4. Indicadores de evaluación:

1. Modificación de los hábitos nutricionales: Hábitos alimenticios.
2. Modificación de los estilos de vida: Actividad Física.
3. Soporte psico- afectivo: Emocionalidad.

5.8.5. Actividades Por Sesión.

ACTIVIDADES Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Sesión	Actividad	Objetivos	Descripción	Materiales	Tiempos	Especialista
01	Introducción y explicación del programa.	Dar la bienvenida al Programa de actividades Introducir a los temas a trabajar.	Inscripción de los participantes, levantamiento de información de inicio y presentación del programa.	Papelógrafos. Plumones. Participantes.	15 minutos	Psicólogo Nutricionista
	Normas de convivencia	Establecer normas claras de convivencia en las sesiones. Fomentar la integración, comunicación y toma de decisiones en el grupo familiar.	Solicita que se coloquen en grupo y elaboren una lista de normas durante las sesiones, la cual será plasmada en un papelógrafo grande.	Papelógrafos. Plumones. Participantes.	15 minutos	Psicólogo

	<p>Taller "Conociéndose"</p> <p>La Papa se quema recargada"</p>	<p>Conocerse e integrarse al grupo familiar/social</p> <p>Fomentar la integración en el grupo. Estimular el autoconocimiento</p>	<p>Se forma un círculo. Se deberá tener un objeto pequeño (monedero, pelotita etc.).Un voluntario deberá de pararse y ponerse de espaldas ante el círculo de personas y empezar a decir: "se quema la papa, la papa se quema, se quema la papa, la papa se quema. "Mientras él dice esto, el círculo deberá de pasar el objeto rápidamente a la persona que está a su lado, y así sucesivamente. Cuando el voluntario diga: "se quemó la papa", teniendo que recordar que trabajamos la sesión pasada y presentar a algunos de sus compañeros.</p>	<p>Papelógrafos. Plumones. Participantes Una pelota</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Psicólogo</p>
<p>TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)</p>						

	<p>“Imagínate a ti mismo”</p>	<p>Favorecer el conocimiento propio y de los demás.</p> <p>Estimular la acción de autovalorarse en los demás compañeros.</p>	<p>Pedirle a cada adolescente que seleccione dos trabajos o profesiones que les gustaría hacer. En la orientación para hacer la selección, pedirles que tomen en cuenta qué es lo que más les gusta, sus habilidades y destrezas, y que piense que es lo que pueden hacer cuando sean grandes. Seguidamente hacer una lista con las profesiones elegidas y organizar un día de “representación teatral” en grupos. Cada uno hará el trabajo que ha seleccionado sin mencionar la profesión para que los compañeros puedan adivinar la profesión. Por ejemplo el bombero simulará apagar un incendio, la enfermera curar a un enfermo, etc. Después de cada representación pedir que todo el grupo aplauda a cada compañero.</p>	<p>Hojas Bond Plumones Participantes</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Psicólogo</p>
--	-------------------------------	--	---	--	-------------------	------------------

02	"Autorretrato Abstracto"	Fomentar el autoconocimiento.	Les vamos a pedir que se dibujen en una hoja, sin utilizar formas de su figura humana. Es probable que en un principio se sientan bloqueados. Es necesario dejarlos pensar y expresar sus cualidades, y estilo por si mismos con las herramientas disponibles. Finalmente compartir la información con el grupo.	Hojas Bond Plumones Colores Temperas Participantes	30 minutos	Psicólogo
		Reconocer que somos únicos y especiales. Tomar conciencia sobre nuestra autoestima	El /la facilitador/a solicita a los/as participantes que están ya en grupo que se sienten en medio del espacio, sobre el suelo, en una formación que parezca un bote o balsa. Pone al grupo en la escena y les pide que se imaginen que se encuentran en un barco por el rio Amazonas y que se acerca una tormenta y que su barco ha sido alcanzado por los rayos y que todos tienen que subirse a un bote	Participantes Espacio de trabajo.	30 minutos	Psicólogo

	<p>Dinámica</p> <p>“El bote salvavidas</p>		<p>salvavidas. Explica que el principal problema que existe en ese momento es que el bote tiene comida y espacio suficiente sólo para 9 personas con su equipaje y hay 10 (esto es relativo según el número de participantes). Una de ellas tiene que sacrificarse para salvar al resto. Informa que la decisión la debe de tomar el mismo grupo: cada miembro va a “abogar por su caso”, dando razones de por qué debe vivir. Se les comunica que tienen 5 minutos para tomar su decisión. Al finalizar el tiempo, el bote salvavidas se hundirá si aún hay 10 personas en él. Después de que cada integrante ha pensado en silencio y preparado su propia defensa, saldrá al frente a mencionar las razones por las que debe vivir. Al finalizar todas las sustentaciones, el facilitador indica que no</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			es necesario que haya un sacrificado, y que la intención de esta dinámica era que cada participante reflexione sobre su propia importancia y el valor que tiene.			
TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)						
	<p>Taller:</p> <p>La importancia del desayuno. Frutas y verduras.</p> <p>Clasificando los alimentos: libres, ligeros, pesados y mega-pesados.</p>	<p>Conocer la importancia del orden en la ingesta de alimentos y la valoración de nutrientes de frutas y verduras</p>	<p>Se les informa que en una asamblea decidiremos cuáles de los mejores alimentos elegidas para ser usadas. Elige o permite que ellos seleccionen de entre los adolescentes por grupo un representante para sustentar sus ideas. Finalmente escogeremos los mejores alimentos para elaborar nuestras normas de alimentación.</p> <p>Conversatorio</p>	<p>Hojas Bond. Plumones. Colores. Temperas. Participantes.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Nutricionista</p>

03	Ejercicio físico parte 1. Taller: Pirámide del ejercicio	Implementar un Plan de ejercicios para los participantes.	Incluir, al menos 3 días a la semana, actividades de intensidad vigorosa y actividades de fortaleza muscular y mejorar masa ósea y actividades para mejorar la flexibilidad.		30 minutos	Nutricionista
	TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)					
	¿Cuánto tiempo veo la TV?	Reconocer la relación entre el tiempo dedicado a ver televisión y las posturas pasivas la vida sedentaria y el riesgo de sobrepeso.	Conversatorio / también se aplica al uso de los teléfonos inteligentes, tablets y laptop	Hojas Bond Plumones Participantes	30 minutos	Psicólogo
04	Ejercicio físico Parte 2. Taller : Plan de ejercicios y Etiquetas nutricionales.		Plan de ejercicios adecuados a los adolescentes.	Participantes Espacio de trabajo	60 minutos	Nutricionista
	TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)					

		Conocer las etiquetas básicas nutricionales y cómo usar esa información.	Conversatorio	Hojas Bond Plumones Participantes	30 minutos	Nutricionista
05	Taller: Pirámide de los alimentos. ¿Por qué siento hambre?	Conocer y construir su propia pirámide de alimentos y reflexionar sobre el concepto del hambre.	Utilizamos, ladrillos de construcción de cartulina. Dotamos a cada tipo de alimento de un color determinado: el color azul representan los cereales, el pan el arroz, la pasta, etc; el color verde las frutas, verduras, legumbres, etc; el color amarillo el pescado, la carne, la leche, el queso, etc; y el rojo las grasas y azúcares. Una vez explicado este aspecto del juego refrescábamos qué era y significaba la pirámide alimenticia“. Los participantes tienen que salir a por los diferentes tipos de alimentos (ladrillos) que se han repartido por todo el espacio. En la salida, cada equipo tiene su	Cartulina de Colores.	30 minutos	Nutricionista

			<p>zona de Construcción - donde irá construyendo su propia pirámide alimenticia- El equipo no puede coger más de un ladrillo, lo que quiere decir es que cada vez que cojan uno, tienen que ir a soltarlo a su zona de construcción para poder ir a por otro, y siempre sin soltarse de la mano. Cada equipo desarrolla su propia táctica e ir formando la pirámide conforme ladrillos iban consiguiendo o traer todos los ladrillos posibles y formarla después. El primer equipo que conformaba la pirámide se llevaba el punto, y se volvía a repetir el juego. Al finalizar volvíamos a realizar una reflexión acerca de qué significaba aquello y la importancia que tenía para estar sanos.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

	<p>Dinámica "Conociendo mis cualidades"</p> <p>Parte 1.</p> <p>"Queriéndose a uno mismo" "Autoestima y otros sentimientos.</p> <p>La importancia de no saltarse comidas.</p>	<p>Reflexionar sobre nuestras cualidades.</p> <p>Valorar nuestras cualidades. Reforzar la autoestima.</p>	<p>Se coloca en la espalda de cada participante una hoja y se les entrega un plumón, se da la indicación que todos/as caminen alrededor de la sala, puede ser acompañada de una música, al decir alto o al apagar la música, cada uno escribirá sobre el papel del compañero/a una cualidad que haya observado. • Repetir la acción 6 a 7 veces, luego pedir hacer un círculo e invitar a que cada uno en silencio lea lo que sus compañeros/as han escrito, luego se invita a que algunos puedan compartir las cualidades que les escribieron. • Luego el o la facilitador/a pregunta: ¿Cómo se han sentido al saber lo que sus compañeros/as piensan de ellos/as?, Si. Sabían que tenían estas cualidades?</p>	<p>Participantes Hojas bond. Plumones.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Psicólogo</p>
<p>TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)</p>						

		positivo en la pérdida de peso.				
		TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)				
	El club de la cena	<p>Enseñar la forma "ligera" de cocinar preparando los alimentos con menos grasas y calorías.</p> <p>Mostrar sus ventajas preparando y degustando recetas y buscando el apoyo de la comunidad para cocinar más saludablemente.</p>	<p>Recuerde: Los adolescentes imitan el comportamiento de los padres, lo que en ocasiones influye en su decisión de seleccionar alimentos saludables. Se Organiza un club de cenas</p> <p>2. Una familiar crea un menú con alimentos populares tomados del sitio Web indicado anteriormente y escribe las recetas en tarjetas para entregárselas a los participantes.</p> <p>3. Los miembros del club deben llegar temprano para ayudar a preparar los alimentos. Con esta actividad aprenderán a cocinar alimentos más saludables y sabrosos.</p>	<p>Recetas saludables tomadas de:</p> <p>http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/healthieryou/html/entrees.html.</p> <p>Ingredientes para las recetas.</p> <p>Tarjetas de recetas.</p>	60 minutos	Nutricionista

			<p>4. Sirvan la comida y compartan ideas para la próxima reunión del club de cena.</p> <p>5. Se instaurara para que se Repita mensualmente.</p> <p>6. Recuerde a los padres que ellos pueden influir en los hábitos alimentarios y niveles de actividad física de sus hijos. Anímelos a que seleccionen alimentos saludables y realicen actividades físicas para beneficio de su salud y también para servir de modelo a sus hijos.</p>			
06	<p>Sentimientos Parte 2.</p> <p>Taller: La importancia de hablar de nuestros sentimientos, Asertividad.</p> <p>Dinámica "Yo soy"</p>	Reafirmar la autoestima del participante.	<p>Elegir las cualidades que se identifican con las que se identifican en relación con las que escribieron sus compañeros, anotar otras si es necesario, acercarse a un compañero y decirle: "Yo soy y contarnos sobre sus cualidades". El compañero le corresponde con un abrazo.</p>	Hojas bond. Plumones Participante.	30 minutos	Psicólogo

	<p>Dinámica “Explorándome”</p>	<p>Favorecer el conocimiento de sí mismo.</p> <p>Estimular la acción de auto-valorarse en los demás compañeros. Mejorar la confianza y la comunicación personal y grupal.</p>	<p>Muchos han crecido con la idea de que no es “correcto” el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con esta dinámica se intenta cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o a las tres dimensiones siguientes sugeridas: Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo. Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo. Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo. Explicar que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. (Dado que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizá</p>	<p>Hojas bond. Plumones Participante.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Psicólogo</p>
--	------------------------------------	---	--	---	-------------------	------------------

			necesiten un ligero empujón de parte de usted para que puedan iniciar el ejercicio).			
		TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)				
	Dinámica "Identificando emociones"	Reconocer las distintas emociones. Tomar conciencia de cómo se presentan en mí las emociones.	Se distribuye al azar 5 tarjetas con algunas emociones (rabia, alegría, tristeza, miedo, enojo, amor, sorpresa, asombro, preocupación) se solicita que los/as participantes que recibieron las tarjetas deben observarlas detenidamente y se les pide que traten de simular la cara que ponen ellos cuando sienten dicha emoción para que el resto de los compañeros adivine. Luego que represente la cara que le tocó, el facilitador motiva a la reflexión del grupo planteando preguntas como: ¿Qué emoción representa la cara que	Hojas bond. Plumones Participante.	30 minutos	Psicólogo

			<p>está poniendo el compañero/a? Qué características de la cara le hace pensar que es pena, alegría, rabia, etc.? ¿Han sentido la emoción que representa la cara del compañero/a alguna vez?, y ¿Cuándo? ¿En qué situaciones? ¿Cómo ha aprendido a expresar sus emociones? ¿Cómo expresan en su familia las emociones?</p>			
07	<p>Sentimientos Parte 3.</p> <p>Dinámica</p> <p>“Repertorio emocional negativo”</p>	<p>Reflexionar sobre nuestras emociones positivas y negativas. Aprender a manejar nuestras emociones</p>	<p>Se le entrega a cada participante una lista de emociones negativas se solicita que marque con la que más se identifique pueden ser varias emociones, que analicé en que momentos la siento, con quien, porque y cómo podemos hacer para cambiarla por una emoción positiva. Se pide contar su experiencia y sus emociones negativas al grupo.</p>	<p>Participantes Hojas de trabajo Lapiceros.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Psicólogo</p>

	<p>Posibles recaídas. Conflictos Familiares. Ocasiones especiales.</p> <p>Roles de comunicación</p>	<p>Reconocer roles y estilos de comunicación. Tomar conciencia de cómo me comunico con los demás.</p>	<p>El/a facilitador/a agrupa a los/as participantes en parejas, les entrega una hoja bond A4 y un lapicero por pareja. Luego se les da la tarea de que ambos cojan el lapicero y dibujen una persona en la hoja bond sin usar el lenguaje verbal en el lapso de 3 minutos. La dinámica termina cuando todas las parejas terminan el dibujo de la persona. El o la facilitador/a les pregunta a los/as participantes cómo se sintieron en la tarea y qué rol ocuparon en la elaboración del dibujo, si fueron activos o pasivos, si hubo dificultades a la hora de la ejecución de la tarea. Luego El/a facilitador/a explica los roles en la comunicación y el porqué de asumir estos roles fundamentando con la existencia de una experiencia interna que reina de las emociones y</p>	<p>Participantes Hojas Bond. Lapiceros</p>	<p>30 minutos</p>	
--	---	---	---	--	-------------------	--

			temores y determinan el tipo de comunicación de cada persona.			
		TIEMPO LIBRE (10 minutos para break)				
	El Problema	Motivar a la resolución de conflictos Tomar consciencia sobre cómo resolver un problema	El/a facilitador/a agrupa a los/as participantes en parejas, les entrega una hoja bond A4 y un lapicero por pareja. Luego se les pide que inventen una historia con un problema, que les haya pasado a ellos o alguien conocido. Se pide que actúen el problema y todos en grupo daremos las posibles soluciones al problema. Finalmente ellos nos contarán cual fue la solución a su problema y como termina su historia. Se despide a la pareja con fuertes abrazos. Se hace una retroalimentación de lo trabajado en la dinámica, roles, formas de comunicación y solución al problema.	Participantes Hojas Bond. Lapiceros	30 minutos	Psicólogo

	Tú eres Yo y Yo soy Tú.	Reforzar la autoestima. Motivar la aceptación grupal. Reforzar la relación con los demás.	Formase en círculo. Se pide a todos que llenen un papel con su nombre y lo guarde en una caja sorpresa. Luego esos nombres son entregados a cada compañero al azar. Se pide que dibujen, escriban, o comenten en el papel porque les agrada esa persona. Se les explica que luego se le entregara ese regalo así que lo hagan con mucho amor y dedicación. Luego de terminar sus dibujos o collages cada una enseña y describe a esa persona especial para luego contarnos finalmente quien es y darle un fuerte abrazo.	Participantes Hojas Bond. Colores Lápices	30 minutos	Psicólogo
08	Revisión de los logros,	Socializar y revisar los logros alcanzados por los participantes.	Una sencilla forma de despedirse es hacer que nuestros estudiantes escriban un breve mensaje de despedida para cada uno de sus compañeros en cuadernos individuales y	Participantes. Espacio de trabajo. Cartulinas.	30 minutos	Psicólogo

	<p>Felicitaciones y entrega de diplomas.</p>	<p>Recordar buenos momentos y experiencias aprendidas.</p>	<p>personalizados, diciéndoles lo que echarán de menos de él, lo que más nos gusta de esa persona o comentando un momento que pasaron juntos. Consiste en entregar los cuadernos en blanco a cada adolescente y pedir que se vayan pasando los cuadernos para dejar un mensaje a cada uno de sus compañeros de clase.</p>	<p>Lapiceros. Colores. Plumones. Temperas.</p>		
	<p>Entregar diplomas</p>	<p>Fortalecer la autoestima y las cualidades positivas de cada participante.</p>	<p>Se trata de entregar las nominaciones al adolescente más sonriente, más inquieto, más educado o más hablador de la clase. Aun así, esta actividad puede ser una forma magnífica de terminar el curso, ya que nos permite destacar las características o habilidades positivas de cada estudiante con un poco de sentido del humor. Después de recibir su nominación o certificado se le puede</p>	<p>Participantes Espacio de trabajo Premios a cada alumno según su cualidad.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Psicólogo</p>

			pedir al estudiante que dé un pequeño discurso agradeciendo la nominación o el premio recibido. Las risas están aseguradas.			
--	--	--	---	--	--	--

5.5.9. VALIDACION DEL PROGRAMA

5.5.9.1. Basado en el Programa de Shapedown.

ShapeDown es un programa nacional de control de peso para familias ofrecido a través del Sistema de Salud Saint Joseph Mercy (USA). Los padres y los niños (edades 6-18) trabajan juntos en equipo con un trabajador social, dietista registrado y especialista en ejercicio para aprender cómo la alimentación saludable, un estilo de vida activo y una comunicación efectiva promueven la pérdida de peso y la unidad familiar. El programa ShapeDown comienza con diez clases semanales de dos horas, seguidas de una opción para continuar la experiencia de aprendizaje con clases avanzadas ShapeDown. (<http://www.stjoesannarbor.org/shapedown>)

a) Niveles: 06 – 18 años

b) Objetivo del programa:

1. Aumentar la autoestima.
2. Mejorar las relaciones sociales.
3. Adoptar Hábitos saludables.
4. Empezar a normalizar el peso.

c) Resultados:

1. Programa con 2 años de seguimiento
2. La Autoestima aumenta, así como las relaciones sociales y la adopción de hábitos saludables, considerando las influencias ambientales.
3. La pérdida de peso es gradual se focaliza en el mantenimiento del peso y no en la pérdida de peso por semana.

5.5.10. Resultados del Programa.

El Programa parte de las conclusiones del trabajo de investigación que establece que el nivel de autoestima de la población objetivo ha sido de 60% a nivel Promedio y un 26,7 % a nivel bajo.

Esto quiere decir que más de mitad de la población se caracteriza por sentirse poco productivo, y le cuesta considerarse digno y capaz, expresando necesidades de aprobación; seguido del nivel baja autoestima, lo que indica que no poseen un adecuado control de emociones y pensamientos y que en general se perciben como deficiente en su imagen y en lo que realiza. Esto nos da a denotar que la mayor cantidad de los sujetos evaluados se encuentran debajo de los parámetros esperados para desenvolverse con los niveles de autoestima requeridos, teniendo dificultades para mantener buenas relaciones interpersonales así como socio emocionales dentro de las exigencias y experiencias de su ambiente social (Begoña, C., Romero, M., Casas, M. y Ruiz, T., 2000).

Los niveles de autoestima en las dimensiones establecidas en los objetivos secundarios e la investigación demostraron niveles bajos:

- El grado de auto concepto y autocrítica en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017 es bajo.
- El grado de integración social en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017 es bajo.
- El grado de Comunicación familiar y autonomía en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017 es bajo

- El grado participación y logro escolar en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUÍA RÍMAC en el 2017 es bajo.

En este contexto se establecen los Objetivos principales del programa, que se encuentren en consonancia con los objetivos del estudio, a saber:

1. Aumentar la autoestima de los sujetos intervenidos, en un grado o porcentaje
2. Mejorar las relaciones sociales.
3. Adoptar Hábitos saludables.
4. Empezar a normalizar el peso.

Para evidencias los logros del programa se han buscado intervenir específicamente en los siguientes indicadores:

1. Modificación de los hábitos nutricionales: Hábitos alimenticios
2. Modificación de los estilos de vida: Actividad Física
3. Soporte psico- afectivo: Emocionalidad

Resultados

El 100% de los sujetos intervenidos, recibió la información y participo en las actividades programadas. La participación activa de las familias, fue fundamental para que se haya logrado este alto nivel de participación.

El 74% de los sujetos que participaron en el programa evidenciaron una modificación de los hábitos nutricionales, mejorando sus hábitos alimenticios, cambios en el patrón de ingesta de alimentos, horarios más ordenados y restricciones personales en la dieta. El 26% retuvo su apego a sus hábitos alimenticios, aunque el grupo familiar mejoro su programa de dietas en el hogar, introdujo comida saludable tras la participación de la nutricionista, y las sesiones y actividades de nutrición programadas.

El 73% de los sujetos intervenidos ha modificado e los estilos de vida, respeto a la práctica de la actividad Física de manera continúa. El 45% practica dos veces a la semana caminatas, el 16% se ha inscrito o practica una deporte de bajo impacto. Sin embargo, se evidencia que el grupo familiar no participa activamente en el desarrollo de estas actividades, quedando este proceso a cargo del mismo sujeto. El 27% de los intervenidos, son renuentes a desarrollar actividades de manera continua, aunque se observa que ha despertado la conciencia de reducir sus horas de reposo al frente de la televisión, celular.

Con la aplicación de las técnicas del manejo de la ansiedad, que se han practicado en el transcurso de las actividades desarrolladas del programa, el 65% de los sujetos ha manifestado sentirse en la capacidad de poder manejar su ansiedad. La comprensión que la ansiedad se puede controlar y manejar, ha sido resultado de una estrategia de soporte, en la que la familia tiene un rol muy importante. El Soporte psico-afectivo que ha tenido como objetivo mejorar el nivel emocional de los sujetos tiene también su base en el núcleo familiar. El 88% de las familias, ha participado activamente en este objetivo

En General Se ha podido observar que la Autoestima ha aumentado en el grupo objetivo, donde un 80% de los entrevistados al final de la aplicación del programa acusan actitudes mas seguras, así como una sensible mejora en la manera como encaran las relaciones sociales y la adopción de hábitos saludables, considerando las influencias ambientales y apoyo familiar, que se ha incrementado de manera sustantiva.

Asimismo en un 65% de los intervenidos se aprecia pérdida de peso gradual que se focaliza en el mantenimiento del peso y no en la pérdida de peso por semana.

REFERENCIAS

- Achaerandio Zuazo, L. (2010).** Iniciación a la Práctica de la Investigación. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de <http://trabajodegradobarinas.blogspot.pe/2013/07/iniciacion-la-practica-de-la.html>
- Aguilar, M. Manrique, L. Tuesta, M. Musayón (2010), Y.** Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. Revista Enfermería Herediana. 2010;3 (1):49-54. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/enero/Depresion%2037.pdf>
- Aguilar-Ye A, Puig-Sosa P, Luna L, Sánchez P, Rodríguez R, Rodríguez L (2002).** La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. Revista Mexicana de Pedriatría. 2002; 69: 190-193
- Andersen RE(1), Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. (1998)** Division of Geriatric Medicine and Gerontology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21224, USA.
- Avalos Uceda, Katherine Luisa (2016)** .Autoestima en Adolescentes de 1° Y 5° de Secundaria de la I.E. “Lucie Rynning De Antunez De Mayolo”, Rímac – 2014. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería. Universidad de Ciencias y Humanidades. Recuperado de: <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/85/Avalos%20Uceda%20Katherine%20Luisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ballabriga A, Carrascosa A. (2001)** Obesidad en la infancia y adolescencia. En: Ballabriga A, Carrascosa A, editores. Nutrición en la infancia y adolescencia. 2. a ed. Madrid: Ergon S.A., 2001; p. 559-82.

Begoña, C. & Romero, M. & Casas, M. & Ruiz, T (1997). Teoría de Enfermería: El Cuidado desde una Perspectiva Psicosocial. Publicación Cultura de los Cuidados. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Begona_Carbelo/publication/39438913_El_cuidado_desde_una_perspectiva_psicosocial/links/0912f505ae93b65660000000/EI-cuidado-desde-una-perspectiva-psicosocial.pdf

Bleich Sara, Cutler David, Murray Christopher, Adams Alyce (2007), ¿Por qué el mundo desarrollado es obeso?», National Bureau of Economic Research Working, Paper No. 12954. Issued in March 2007.

Blos, P. (1991): “La transición adolescente”. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-henriquez_n/pdfAmont/cs-henriquez_n.pdf

Castillo, J. Saavedra. (2010). Análisis de salud mental (p. 1 AL 225) Instituto de Salud Mental. Peru.. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/>

Cava, Caballero, Cava, M., y otros (2000): Potenciación de la autoestima en la escuela, Paidós, España

Cavallo, V.E (2003). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España. S.A 1993.P.250. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos12/habilsoc/habilsoc2.shtml#ixzz4wKdzkXzz>

Cueva, A. Cordero, M.J., Olivos, C., Guajardo, D., Álvarez, V. (2011). Eficacia y seguridad de una dieta muy baja en calorías en un grupo de mujeres chilenas con sobrepeso u obesidad. Revista Médica Chilena, 139: 1286- 1291. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n10/art06.pdf>

Clemes Harris, Bean Reynold (2001). Cómo desarrollar la autoestima en los niños. [Editorial Debate](#). Año de publicación: 2001, España. ISBN: 84-8306-405-7

Cruchet, S. y Rozowski, J. (2007): “Obesidad: un enfoque integral”. Nestlé, Santiago, Chile. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/273093657 Epidemiologia de la obesidad en Chile](https://www.researchgate.net/publication/273093657_Epidemiologia_de_la_obesidad_en_Chile)

Cohen, I. & Caballero, S. & Majali, S. & Homigo, K. (2012). Habilidades Sociales Aislamiento, Comportamiento, Antisocial en contextos de Pobreza. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722011000300003&lang=pt

Coopersmith, S. (1976). Estudio sobre la estimación propia. Psicología Contemporánea. Selections Scientifics American. Madrid. Blume.

Coopersmith (1990). Los Antecedentes de la auto estima. Consulting Psychologists Press. 3rd edition. EE.UU.

Cortés de Aragón, L. (1999). Autoestima. Comprensión y Práctica. San Pablo.

Del Prette, Z. (2008). Un sistema de Categoría de Habilidades Sociales Educativa. Disponible en. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722011000300003&lang=pt

Elkins, G., Fisher, W., Johnson, A., Kendrick, C. Koep, L., Bunn, J. & Perfect, M. (2012). Desarrollo inicial de una breve medida de angustia psicológica. Informes psicológicos, 110 (1), 218-226. PMID: 22489387.

Epstein y Wing, (1987) intervenciones conductuales cognitivas en el manejo de la obesidad pediátrica severa- Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh Lucene Wisniewski, UHHS / Laurelwood Hospital and Counseling Centers

FAO (2015). Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. Panorama de la seguridad alimentaria para la America Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf>

Flag, M. & Silva, S. & Cordero, L. & Pereira, S. (2006). Las Habilidades Sociales y las Variables Socio demográficas en Estudiantes de Primaria. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000300003&lang=pt

Gamarra, M. Rivera, H. Alcalde, M. Cabellos, D.(2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. Recuperado de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/451>

García, A. y Cabezas, J. (1998) Programa para la mejora de la autoestima y de las habilidades sociales. Recuperado de http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/F_Educacion_emocional/f_7_autoestima/f_7.3.Programas/1.2.Programa_mejora_autoestima.pdf

Gaudi Lozano-Rojas, Emilio Cabello-Morales, Herminio Hernández-Díaz, Cesar Loza-Munarriz, (2012, p.494). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de un distrito urbano de Lima, Perú 2012. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Recuperado de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/86/1925>

Gómez, A. M. (2006). Intervención integral en la obesidad del adolescente. Rev

Med Universidad de Navarra, 50(4), 1 - 3.

Giraldo Osorio A; Toro Rosero M; Macías Ladino A;(2010). La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de estilos de Vida Saludables. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, enero - junio 2010, págs. 128 - 143.

Haeussler, I. M., N. Milicic. (1998). *Confiar en uno mismo*. Santiago: Dolmen Ediciones.

Hernández Sampieri Roberto (2010) Metodología De La Investigación Mac Graw Hill, Quinta edición MÉXICO.

Huaire, E. (2012), Resiliencia autoestima y rendimiento escolar en instituciones educativas de Ate Vitarte. Apuntes Ciencias Sociales 2014; 04(02).Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. Recuperado de <http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/272>

Hidrogo Salinas Jose Daniel (2014,p.19) Influencia de los factores Psicosociales en el Sobrepeso y Obesidad en Jóvenes. Universidad Autónoma De Nuevo León Facultad De Salud Pública Y Nutrición Facultad De Odontología Facultad De Psicología. Subdirección de investigación innovación y posgrado – México. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/4376/1/1080259413.pdf>

Hidrogo Salinas, Jose Daniel (2014). Influencia de los factores psicosociales en el sobrepeso y obesidad en jóvenes. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Facultad de Odontología, Facultad de Psicología, Subdirección de Investigación, Innovación y Posgrado. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/4376/1/1080259413.pdf>

Instituto de salud Libertad (2010). Autoestima En Adolescentes. Centro Psicólogos Para Adolescentes Avenida Ernesto Diez Canseco 493 - Miraflores – Lima. Recuperado de: <https://www.saludlibertad.com/centro-psicologos-para-adolescentes/>

Isaza, V. & Henao, L. (2011). Relaciones entre el Clima Social Familiar y el Desempeño en Habilidades Sociales en niños y niñas entre los 2 y 3 años. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722011000300003&lang=pt

Kaplan, H.B. (1982). Conducta desviada y autoevaluación en la adolescencia. En M. Rosenberg y H.B. Kaplan (eds.): Psicología social del autoconcepto (pp. 466-482). Illinois: Harlan Davidson.

Lafuente, M.D., (2011) Trastornos de la Conducta Alimentaria Instituto de Ciencias de la Conducta- Hospital Ramón y Cajal, Madrid. España.

La Republica, (2017). Perú: niveles de sobrepeso y obesidad ya son un problema de salud pública. Recuperado de: <http://larepublica.pe/sociedad/1053729-peru-niveles-de-sobrepeso-y-obesidad-ya-son-un-problema-de-salud-publica>

Lopez Garcia, J. (2005). Proyecto CODE. Autoestima. Recuperado de http://www.encuentrodirectivos.org.mx/5to_encuentro/PDFS/AUTOESTIMA.pdf

Martínez SB (2014). Los miedos en la pre-adolescencia y adolescencia y su relación con la autoestima: Un análisis por edad y sexo. Revista PCNA. España; Jan;1:10. Disponible en : www.revistapcna.com

Mazza, C. (2001). Obesidad en pediatría Panorama Actual. SAOTA. Obesidad, 72(1), 28-30.

Mellor, D. McCabe, M. Ricciardelli, L. Merino, M. (2008): “Insatisfacción corporal y conductas de cambio corporal en Chile: el papel de los factores socioculturales” Body Image N° 5.

Ministerio de Salud (2009, p.2) Boletín Informativo N° 1: Salud de las y los Adolescentes Peruanos Ubicándolos y Ubicándonos. Recuperado de: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/adolescentes/archivos/bolletin01.pdf>

Ministerio de Salud (2012). *Un gordo problema: Sobrepeso y obesidad en el Perú / Ministerio de Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2012.* 21 p.; ilustr.; graf. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/cino/documentos/publicaciones/Un-Gordo_problema.pdf

Ministerio de Salud (2015). Instituto Nacional de Salud. Informe técnico. Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013. Recuperado de: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)

Montenegro, I. & Coronel, M. (2009). Influencia del Programa “Aprendamos A Ser Mejores Personas” en el Fortalecimiento de las Habilidades Sociales de Los Niños y Niñas del 5º Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquezado” - Distrito de Castilla – Piura 2008. Universidad César Vallejo Escuela Internacional de Postgrado Facultad de Educación. Recuperado de

<http://habilidades.blogspot.pe/2009/03/>

Montón, J., Casado, E. (2005) Estilos de vida, hábitos y aspectos psicosociales de los adolescentes. Estudio de la población de 10 a 19 años de Pozuelo de Alarcón y Leganés. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Morales González, José Antonio (2010). Obesidad Un enfoque multidisciplinario. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Instituto de Ciencias de la Salud Área Académica de Medicina. Colección Real, Museo Nacional del Prado, Madrid, España. Primera edición, 2010. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf

Moreno Esteban Basilio, Izquierdo Joan Quiles I, Yagüe Lobo M.^a Isabel (2006). Manual Práctico de Nutrición y Salud Nutrición y Enfermedad. Recuperado de https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_17.pdf

Morgan S, Weinsier R. (2008), Nutrición clínica. Ediciones Harcourt, S.A.. Madrid España.

Nathamiel, Branden (1995): Pilares de la autoestima, Barcelona LAPORTE, Danielle, (2002): Escuela Para Padres: Como Desarrollar la Autoestima en Los Niños, Lectorum, México.

Nogueira de Almeida, G; Loureiro, S y dos Santos, J. (2002): “A imagen corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada a través do desenho da figura humana”. Psicología: Reflexão e Crítica año/vol. 15, número 002.

Noguchi Hideyo (2010), Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. Recuperado de

<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>

Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS (1995) ,Washington.1995.P.

OMS (2017). Organización Mundial de la Salud. Informe. *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Ogden, J. (2005): “Psicología de la alimentación”. Ediciones Morata. Madrid, España. Recuperado de www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/97588/123286

Quintero, M. (2000). El Autocuidado.Universidad Autónoma de México. México. Recuperado de: <http://dsp.facmed.unam.mx/censenanza/spivsa/antol2anciano/autocuid.pdf>

Ramón, J. (2010). Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas ceuta. Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas ceuta, Granada, España.

Rodríguez Estrada, Mauro (2015 p. 12). Autoestima: Clave del éxito personal. Editorial El Manual Moderno, 85 páginas. Editorial El Manual Moderno. S.A: de C.V. Mexico

Rodríguez Naranjo, Carmen; Caño González, Antonio (2012) Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 12, núm. 3, 2012, pp. 389-403 Universidad de Almería, Almería, España. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56024657005.pdf>

Rey, A. (2008). Habilidades Pro Sociales, Rasgos de la Personalidad de Genero y Aceptación de la Violencia hacia la Mujer en Adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722011000300003&lang=pt

Reyna Cecilia. (2011). Evaluación de las Habilidades Sociales Infantiles en Latinoamérica. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000300003&lang=pt

Rogers Carl, Stevens Barry, y colaboradores (2013). *Persona a persona. El problema de ser humano. Una nueva tendencia en psicología.* Buenos Aires: [Amorrortu Editores](#). ISBN 978-950-518-161-2.

Rivera-Vázquez Patricia Carbajal-Mata Flor Esthela, Maldonado-Guzmán Gabriela, (2017). Valoración del nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso y obesidad; oportunidad de cuidado enfermero. Rev enferm Herediana. 2017;10(1):22-26. P. 23. Recuperado de <file:///C:/Users/Acosta/Downloads/3127-8076-1-PB.pdf>

Schilder, P. (1958): "Imagen y apariencia del cuerpo humano". Editorial Paidós, Bs. A., Argentina.

Smolak, L. (2004): "Imagen corporal en niños y adolescentes: ¿a dónde vamos desde aquí? ".Body Image N° 1. Recuperado de <http://kidschoosefood.weebly.com/uploads/2/1/9/0/21907182/smolak.pdf>

Toro, V. (2017). *Sobrepeso en los adolescentes. Algunos cambios en la vida familiar pueden ayudar a evitarlo.* - Actualizado 29 de julio de 2017. Recuperado de

<https://www.aboutespanol.com/sobrepeso-en-los-adolescentes-23329>

Ugerte, U. & Solis, V (2007). Análisis de salud mental Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental (pp. 1 – 249).. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/>

Utopico (2017). El grave problema de la autoestima que muchos ignoran. Recuperado de <http://utopico.co/influye-la-autoestima-en-el-sobrepeso-1/>

Valenzuela, A. (2002): “Obesidad”. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2ª ed. *Santiago de Chile.*, Chile.

Valdez, M. (2010). Cólera y Acoso Escolar en un grupo de Adolescentes de un Colegio Estatal de Lima Metropolitana. 1-101. 2010.

Vásquez-Machado Moisés, Ulate-Montero, Guido (2010) Regulación del peso corporal y del apetito - Acta Médica Costarricense, Colegio de Médicos y Cirujanos- Costa Rica.

Zamorano A. (2009). Imagen Corporal en adolescentes con obesidad evaluada a través del Dibujo de la Figura Humana y la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal (EEICA). Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cs-zamorano_a/pdfAmont/cs-zamorano_a.pdf

Anexo 1. Matriz de consistencia

AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO EN EL HOSP. PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC 2017

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS (DESCRIPTIVA) Una sola hipótesis	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL		METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTO
AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO EN EL HOSP. PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC 2017	Problema Principal	Objetivo principal	Hipótesis general	Autoestima	Dimensiones:	Indicadores	Tipo No experimental Método descriptivo transeccional	Poblacion : 30 adolescentes que se atienden en el Hospital PNP Augusto B. Leguia, Rimac. Muestra : 30 adolescentes (20 mujeres y 10 varones) del Hospital PNP Augusto B. Leguia, Rimac Muestreo de tipo censal	Encuesta sociodemográfica Escala de autoestima de Coopersmith
	Cuál es el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017?	Determinar el nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017	El nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso es bajo en el Hospital PNP Augusto B. Leguia Rímac.						
	Problemas secundarios	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		Si Mismo	Auto concepto			
	¿Cuál es el grado de auto concepto y autocrítica en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017?	Identificar el grado de auto concepto y autocrítica en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017	El grado de auto concepto y autocrítica es medio bajo en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017			Autopercepción			
						Auto afecto			
¿Cuál es el grado de integración social en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017?	Identificar el grado de integración social en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017	El grado de integración social es medio bajo en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017	Social Pares	Autocrítica					
				Identidad personal					
					Relación con los profesores				
					Relación con los amigos				

	¿Cuál es el grado de Comunicación familiar y autonomía en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017?	Identificar el grado de Comunicación familiar y autonomía en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017	El grado de Comunicación familiar y autonomía es medio bajo en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017		Hogar Padres	Comunicación y relación familiar Autonomía		
	¿Cuál es el grado participación y logro escolar en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017?	Identificar el grado participación y logro escolar en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017	Identificar el grado participación y logro escolar es medio bajo en los adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017		Escolar	Resolver nuevos retos Tiene muchas cualidades		

Anexo 2. Instrumento

3.1. Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith - Forma Escolar

INVENTARIO DE AUTOESTIMA FORMA ESCOLAR					
NOMBRE:		EDAD:		SEXO:	M F
AÑO DE ESTUDIOS:		FECHA:	/ /		
Marque con una Aspa (X) debjo de la V ó F, de acuerdo a los siguientes criterios: V Cuando la Frase SI coincide con su forma de pensar o ser. F si la Frase NO coincide con su forma de pensar o ser					
Nº	FRASE DESCRIPTIVA	V	F		
1	Las cosas mayormente no me preocupan				
2	Me es difícil hablar frente a la clase				
3	Hay muchas cosas sobre mi mismo que cambiaría si pudiera				
4	Puedo tomar decisiones sin dificultades				
5	Soy una persona muy divertida				
6	En mi casa me molesto muy fácilmente				
7	Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo				
8	Soy conocido entre los chicos de mi edad				
9	Mi padres mayormente toman en cuenta mis sentimientos				
10	Me rindo fácilmente				
11	Mi padres esperan mucho de mí				
12	Es bastante difícil ser "Yo mismo"				
13	Mi vida está llena de problemas				
14	Los chicos mayormente aceptan mis ideas				
15	Tengo una mala opinión acerca de mí mismo				
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa				
17	Mayormente me siento fastidiado en la escuela				
18	Físicamente no soy tan simpático como la mayoría de las personas				
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo				
20	Mis padres me comprenden				
21	La mayoría de las personas caen mejor de lo que yo caigo				
22	Mayormente siento como si mis padres estuvieran presionándome				
23	Me siento desanimado en la escuela				
24	Desearía ser otra persona				
25	No se puede confiar en mí				
26	Nunca me preocupo de nada				
27	Estoy seguro de mí mismo				
28	Me aceptan fácilmente en un grupo				
29	Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos				
30	Paso bastante tiempo soñando despierto				

31	Desearía tener menos edad que la que tengo		
32	Siempre hago lo correcto		
33	Estoy orgulloso de mi rendimiento en la escuela		
34	Alguien siempre tiene que decirme lo que debo hacer		
35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago		
36	Nunca estoy contento		
37	Estoy haciendo lo mejor que puedo		
38	Generalmente puedo cuidarme solo		
39	Soy bastante feliz		
40	Preferiría jugar con los niños más pequeños que yo		
41	Me gustan todas las personas que conozco		
42	Me gusta mucho cuando me llaman a la pizarra		
43	Me entiendo a mí mismo		
44	Nadie me presta mucha atención en casa		
45	Nunca me resonarán		
46	No me está yendo tan bien en la escuela como yo quisiera		
47	Puedo tomar una decisión y mantenerla		
48	Realmente no me gusta ser un niño		
49	No me gusta estar con otras personas		
50	Nunca soy tímido		
51	Generalmente me avergüenzo de mí mismo		
52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo		
53	Siempre digo la verdad		
54	Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz		
55	No me importa lo que me pase		
56	Soy un fracas		
57	Me fastidio fácilmente cuando me llaman la atención		
58	Siempre sé lo que debo decir a las personas.		

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una X en la palabra SI, si su respuesta de acuerdo con la oración, y en NO, cuando está en desacuerdo.

1	SI	NO		30	SI	NO
2	SI	NO		31	SI	NO
3	SI	NO		32	SI	NO
4	SI	NO		33	SI	NO
5	SI	NO		34	SI	NO
6	SI	NO		35	SI	NO
7	SI	NO		36	SI	NO
8	SI	NO		37	SI	NO
9	SI	NO		38	SI	NO
10	SI	NO		39	SI	NO
11	SI	NO		40	SI	NO
12	SI	NO		41	SI	NO
13	SI	NO		42	SI	NO
14	SI	NO		43	SI	NO
15	SI	NO		44	SI	NO
16	SI	NO		45	SI	NO
17	SI	NO		46	SI	NO
18	SI	NO		47	SI	NO
19	SI	NO		48	SI	NO
20	SI	NO		49	SI	NO
21	SI	NO		50	SI	NO
22	SI	NO		51	SI	NO
23	SI	NO		52	SI	NO
24	SI	NO		53	SI	NO
25	SI	NO		54	SI	NO
26	SI	NO		55	SI	NO
27	SI	NO		56	SI	NO
28	SI	NO		57	SI	NO
29	SI	NO		58	SI	NO

Nombre.....

PA		C	
SG		A	
SP		T	
HP		E	
ES		G	

PAUTA DE CORRECCIÓN

Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)	Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)
1	G		30		G
2	G		31		G
3		G	32	S	
4	S		33		H
5	H		34	M	
6	M		35		E
7		E	36	G	
8		G	37		G
9		G	38		G
10	G		39		S
11	S		40		H
12		H	41	M	
13	M		42		E
14	E		43		G
15		G	44		G
16		G	45	G	
17		G	46		S
18	S		47	H	
19	H		48	M	
20	M		49		E
21	E		50		G
22		G	51		G
23	G		52		G
24	G		53		S
25		S	54		H
26		H	55	M	
27	M		56		E
28	E		57		G
29	G		58		G

NORMAS DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

(Puntajes T: X= 50, DS=10)

PB : Puntaje Bruto	G : General	E : Escolar
PT : Puntaje Escala	S : Social	H : Hogar
	M : Mentira	T : Total

ESCALA TOTAL	
26	20
28	22
30	24
32	26
34	27
36	28
38	29
40	31
42	33
44	34
46	36
48	38
50	39
52	40
54	42
56	44
58	45
60	47
62	48
64	50
66	52
68	54
70	55
72	56
74	58
76	60
78	62
80	64
82	65
84	66
88	70
90	71
92	76
94	80

ESCALA GENERAL	
PB	PT
14	20
16	25
18	30
20	32
22	34
24	36
26	39
28	41
30	44
32	46
34	48
36	50
38	53
40	55
42	58
44	60
46	62
48	65
50	70
52	75

ESCALA SOCIAL	
PB	PT
0	21
2	27
4	33
6	39
8	44
10	50
12	56
14	62
16	70

ESCALA ESCOLAR	
PB	PT
0	24
2	30
4	37
6	44
8	50
10	57
12	65
14	71
16	78

ESCALA MENTIRA	
PB	PT
0	36
4	48
6	54
8	61
10	67
12	74
14	80
16	86

ESCALA HOGAR	
PB	PT
0	28
4	38
6	43
8	47
10	52
12	57
14	63
16	70

ANEXO 4. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____		Grado de Dependencia/ relaciona parental:	
		1. Vive con sus padres	
		2. Independiente	
Nivel educativo:		Situación Laboral	
No tiene estudios		1. Dependiente / sin ingresos	
Primaria		2. Trabaja con sus padres	
Secundaria		3. Trabaja por su cuenta	
Estudios superiores			

B. DATOS SOBRE LA OBESIDAD

Tipo de obesidad

1. leve	2. Moderada	3. Grave

¿Qué tipo de enfermedades sufre a causa del sobrepeso/obesidad?

1	Hipertensión	
2	Diabetes	
3	problemas cardiovasculares	
4	Psicológicas	
5	Otro (indicar cuál):	

¿Le preocupa el sobrepeso?

1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
¿En qué grado el sobrepeso afecta a su estado de ánimo?				
1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
¿En qué grado el sobrepeso afecta a su actividad en el colegio?				
1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
¿En qué grado el sobrepeso afecta a sus relaciones con tus padres, hermanos, familiares?				
1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
¿En qué grado el sobrepeso afecta a sus relaciones con sus compañeros y amigos?				
1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo

¿En qué grado el sobrepeso incrementa sus actividades de ocio?				
1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
¿En qué grado el sobrepeso afecta tus actividades normales?				
1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo

C. OTROS DATOS DE INTERÉS

¿Toma medicamentos para el control del sobre peso/obesidad?

SI	NO

¿Fuma? ¿con qué frecuencia?

1. No fumo		(Pase a la siguiente pregunta)
2. Esporádicamente		
3. Una cajetilla a la semana		
4. Una cajetilla al día		
5. Más de una cajetilla al día		

Consumes bebidas alcohólicas? ¿Con que frecuencia?

1. No bebo		(Aquí termina la encuesta)
2. Esporádicamente		
3. Los fines de semana		
4. Dos a tres veces a la semana		
5. Todos los días		

Anexo 5. Tabla para calcular el peso ideal, según altura y peso

Constitución	Pequeña		Mediana		Grande	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
1.50	45.0	47.2	46.1	50.6	47.2	52.9
1.52	46.2	48.5	47.4	52.0	48.5	54.3
1.54	47.4	49.8	48.6	53.4	49.8	55.7
1.56	48.7	51.1	49.9	54.8	51.1	57.2
1.58	49.9	52.4	51.2	56.2	52.4	58.7
1.60	51.2	53.8	52.5	57.6	53.8	60.2
1.62	52.5	55.1	53.8	59.0	55.1	61.7
1.64	53.8	56.5	55.1	60.5	56.5	63.2
1.66	55.1	57.9	56.5	62.0	57.9	64.8
1.68	56.4	59.3	57.9	63.5	59.3	66.3
1.70	57.8	60.7	59.2	65.0	60.7	67.9
1.72	59.2	62.1	60.6	66.6	62.1	69.5
1.74	60.6	63.6	62.1	68.1	63.6	71.1
1.76	62.0	65.0	63.5	69.7	65.0	72.8
1.78	63.4	66.5	65.0	71.3	66.5	74.5
1.80	64.8	68.0	66.4	72.9	68.0	76.1
1.82	66.2	69.6	67.9	74.5	69.6	77.8
1.84	67.7	71.1	69.4	76.2	71.1	79.6
1.86	69.2	72.7	70.9	77.8	72.7	81.3
1.88	70.7	74.2	72.5	79.5	74.2	83.1
1.90	72.2	75.8	74.0	81.2	75.8	84.8
1.92	73.7	77.4	75.6	82.9	77.4	86.6
1.94	75.3	79.0	77.2	84.7	79.0	88.4
1.96	76.8	80.7	78.8	86.4	80.7	90.3
1.98	78.4	82.3	80.4	88.2	82.3	92.1
2.00	80.0	84.0	82.0	90.0	84.0	94.0
2.02	81.6	85.7	83.6	91.8	85.7	95.9
2.04	83.2	87.4	85.3	93.6	87.4	97.8
2.06	84.9	89.1	87.0	95.5	89.1	99.7
2.08	86.5	90.9	88.7	97.3	90.9	101.7

Anexo 6. TABLA PARA CALCULAR EL IMC

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (Mt)}$$

Resultados del Índice de Masa Corporal:

Resultados del IMC	Tipo de Peso
Por de bajo de 18.0	Peso menor que el normal
18.1 - 24.9	Normal
25.0 - 29.9	Sobrepeso
30.0 ó más	Obesidad

A su vez, la obesidad puede dividirse en tres categorías que corresponden a los rangos en los resultados del Índice de Masa Corporal.

Resultados del IMC	Tipo de Obesidad
30.0 - 34.9	Tipo I
35.0 - 39.9	Tipo II
Mayor que 40.0	Tipo III (Extrema)

ANEXO 7. FICHA DE EVALUACIÓN

Código:					
Sexo:			Edad:		
Raza:			Etnicidad:		
Fecha de Nacimiento:					
Domicilio:					
Teléfono:					
Antecedentes personales:					
Asma ()	HTA ()	Diabetes ()	Hipotiroidismo ()	TBC ()	Hepatitis ()
Uso De Corticoides ()		Epilepsia ()	Enf. Renal ()	Enf. Reciente (<15 Dias) ()	
Diagnóstico:					

Anexo 8
CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES

Institución: Universidad Inca Garcilaso de la Vega – Facultad de Psicología.

Investigador: Bravo Alonzo, Milagros.

Título: Autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hosp. Pnp Augusto B. Leguía Rímac 2017

Propósito del estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: “AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO EN EL HOSP. PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC” Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que tiene como propósito Identificar el grado de autoevaluación, autoconocimiento y auto concepto de la autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hospital PNP AUGUSTO B. LEGUIA RIMAC en el 2017.

Procedimiento

Si su hijo decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se entrevistará a su hijo en un ambiente proporcionado por el Hospital PNP Augusto B. Leguía., Rímac.
2. Se tomará datos de la historia clínica de su hijo: edad, sexo, peso, talla, presión arterial, evolución y antecedentes personales.
3. Se proporcionará a su hijo un asentimiento informado, en la cual se le explicará en que consiste el estudio, y su hijo será libre de elegir si desea participar de él.
4. Posteriormente, se realizará un cuestionario (Coopersmith) que consta de 58 preguntas el cual será llenado por su hijo(a).
5. El tiempo de respuesta del cuestionario varía, dependiendo de cada adolescente, entre 5 a 10 minutos.

Riesgos:

Nuestro estudio no tendrá riesgos para su hijo(a) por participar en este fase del estudio; ya que sólo consta de realizar un cuestionario de 58 preguntas.

Beneficios:

Su hijo(a) será evaluado mediante un cuestionario, que nos permitirá detectar tempranamente niveles bajos de autoestima, y si es el caso se le brindará la atención necesaria para afrontarlo mediante una educación sanitaria en salud mental y asesorías con el especialista correspondiente.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres, con el fin de resguardar la confidencialidad de los datos y cumplir el secreto profesional de las investigadoras. Los archivos de su hijo(a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento

Uso de la información obtenida:

Deseamos conservar los resultados del cuestionario de su hijo(a) mientras dure el estudio para que posteriormente sean evaluados por el especialista. Los resultados serán usados para evaluar si su hijo presenta niveles bajos de autoestima.

Si usted no desea que los resultados de su hijo(a) permanezcan almacenadas ni utilizadas posteriormente, su hijo(a) aún puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener el resultado de mi hijo(a) almacenadas SI NO

Además, la información de los resultados de su hijo(a) será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación con el fin de detectar los niveles de autoestima, se contara con el permiso del Decanato de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inga Garcilaso de la Vega..

Derechos del paciente:

Al firmar este consentimiento UD. autoriza que su hijo(a) participe en el estudio, si tiene alguna duda adicional, aquí encontrará la información que le permita contactar a la investigadora y su equipo de trabajo para cualquier inquietud: Milagros Bravo Alonzo (teléfono: 984700678), o bien a la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la

Universidad Inca Garcilaso de la Vega al teléfono 433-5755 anexos 1801, acerca de sus derechos como participantes en esta investigación.

Consentimiento:

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio. También entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Padre o apoderado

Nombre y DNI:	Fecha
---------------	-------

Investigador

Nombre y DNI:	Fecha
---------------	-------

Anexo 9

ASENTIMIENTO DE MENOR DE EDAD

Institución: Universidad Inca Garcilaso de la Vega – Facultad de Psicología.

Investigador: Bravo Alonzo, Milagros.

Título: Autoestima en adolescentes con sobrepeso en el Hosp. Pnp Augusto B. Leguía Rímac 2017.

Propósito del Estudio:

Hola soy investigadora de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y estamos desarrollando un estudio que tiene como propósito Identificar el grado de autoevaluación, autoconocimiento y auto concepto de la autoestima ya que estos pueden hacer que estés triste y que tu salud se altere.

Procedimientos:

Si decides participar en este estudio se te realizará lo siguiente:

1. Tomaremos los datos como edad, sexo, peso, talla, presión arterial, evolución y antecedentes personales de tu historia clínica.
2. Serás entrevistado en un ambiente proporcionado por el Hospital PNP Augusto B. Leguía, Rímac, donde te atiendes periódicamente.
3. Se te entregará un asentimiento informado, en la cual se te explicará en que consiste el estudio, y serás libre de elegir si desea participar de él.
4. Posteriormente llenarás un cuestionario que se llama (Coopersmith) que consta de 58 preguntas.
5. El tiempo de respuesta del cuestionario varía entre 5 a 10 minutos.

Riesgos:

Nuestro estudio no tendrá ningún tipo de riesgo para ti; ya que sólo consta de realizar un cuestionario de 58 preguntas.

Beneficios:

Serás evaluado mediante un cuestionario, que nos permitirá detectar tempranamente la presencia de baja autoestima, y si es el caso se te brindará la atención necesaria para afrontarlo mediante una educación sanitaria en salud mental y asesorías con el especialista correspondiente.

Costos e incentivos:

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos tu información con códigos y no con nombres, Con el fin de guardar la confidencialidad de los datos y cumplir el secreto profesional de la investigadora. Tus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Uso de la información obtenida:

Deseamos conservar tus resultados del cuestionario mientras dure el estudio para que posteriormente seas evaluado por el especialista. Los resultados serán usados únicamente para determinar si presentas síntomas de baja autoestima.

Si no deseas que los resultados permanezcan almacenadas no hay ningún problema aun asi puedes seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mis resultados conservados SI NO

Además la información de tus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación con el fin de detectar la sintomatología depresiva, se contara con el permiso del Decanato de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Derechos del paciente:

Si tiene alguna duda acerca del estudio puedes contactar a la investigadora y su equipo de trabajo para cualquier inquietud: Milagros Bravo Alonzo (teléfono: 984700678), o bien a la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega al teléfono 433-5755 anexos 1801 acerca de sus derechos como participantes en esta investigación.

Consentimiento: Acepto voluntariamente participar en este estudio. Recibiré una copia firmada de este documento.

Adolescente	
Nombre y DNI:	Fecha
Investigador	
Nombre y DNI:	Fecha

Anexo 10

Programa para el tratamiento de la obesidad del adolescente

Es un programa de reeducación dirigido a niños con sobrepeso u obesidad con el objetivo de realizar cambios sobre aquellos estilos de vida y hábitos alimentarios que contribuyen a la ganancia de peso. El programa Ayuda a los participantes a hacer cambios en su alimentación, actividad y emocionalidad, con la pretensión de conseguir una disminución de la obesidad mediante una alimentación normocalórica y equilibrada.

1. Objetivo general:

Realizar un programa de tratamiento integral para la obesidad del adolescente que implique cambios nutricionales, emocionales y de estilos de vida del paciente y de su entorno familiar.

1.1. Objetivos Específicos:

a) Dirigidos a los padres de los pacientes:

Concienciar a los padres y otros familiares de la problemática de su hijo y acentuar la importancia de su participación activa en el programa.

Ofrecer a los padres recomendaciones nutricionales normocalóricas y equilibradas para sus hijos.

Ofrecer a los padres recomendaciones conductuales.

b) Dirigidos a los pacientes:

- a) Fomentar hábitos nutricionales y estilos de vida saludables.
- b) Ofrecer conceptos básicos de nutrición y alimentación.
- c) Promover la actividad física.
- d) Aumentar o mantener en el niño la autoestima.
- e) Impulsar conductas asertivas para mejorar las relaciones sociales.

2. Metodología del programa:

- D. Utiliza técnicas cognitivo-conductuales y afectivas.
- E. Trabaja con temas relacionados con su salud como: Alimentación, publicidad engañosa, autocontrol, imagen corporal, comunicación, resolución de conflictos, asertividad, autoestima, relajación y actividad e inactividad física (horas de televisión y juegos de ordenador).
- F. Posibilita un espacio donde los niños puedan analizar y expresar sus emociones en relación con el tema del sobrepeso, obesidad y sus consecuencias.

3. Configuración del programa:

Tiene la posibilidad de aplicarse en formato grupal o individual

3.1. Criterios de inclusión:

Dirigido a niños y adolescentes de 10 a 18 años de edad con problemas de sobrepeso u obesidad exógena con un coeficiente intelectual dentro del rango de la normalidad.

3.2. Antes de iniciar el programa:

Dos entrevistas con los padres y los pacientes antes de iniciar el programa y una sesión para los padres en formato grupal, para cumplir los objetivos señalados dirigidos a los padres.

3.3. Duración del programa:

Once semanas de duración, divididas en sesiones semanales de una hora y media.

4. Contenido de las sesiones:

Semana	Temas / actividades
1	Introducción y explicación del programa. Conociéndose.
2	Imagen corporal, sentimientos acerca del cuerpo. La importancia del desayuno.
3	Clasificando los alimentos: libres, ligeros, pesados y megapesados.
4	Ejercicio físico parte 1. Pirámide del ejercicio ¿cuánto tiempo veo la TV?.
5	Ejercicio físico parte 2. Plan de ejercicio. Etiquetas nutricionales.
6	Pirámide de los alimentos. ¿Por qué siento hambre?, diferenciar el hambre de
7	Sentimientos parte 1. Queriéndose a uno mismo. Autoestima.
8	Sentimientos parte 2. La importancia de hablar de nuestros sentimientos. Asertividad.
9	Anuncios publicitarios de alimentos. ¿Nos inducen a comer?
10	Sentimientos parte 3. Evitar el aburrimiento. Posibles recaídas. Conflictos familiares. Ocasiones especiales.
11	Revisión de los logros, felicitaciones y entrega de diplomas.

5. Material a utilizar:

5.1. Para el instructor:

Manual para el instructor, con las explicaciones semanales y material de apoyo didáctico para llevar a cabo en cada sesión.

5.2. Para el Niño y adolescente:

Un libro para cada paciente que contiene 10 capítulos en forma de relatos y ejercicios teóricos y prácticos referentes al contenido de las historias y al tema específico a tratar en cada sesión. Está diseñado para que el paciente trabaje en casa y posteriormente en la sesión.

ANEXO 12
PRESUPUESTO

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	MONTO S/
Recursos Humanos	Pago al investigador	0.00
	Gastos imprevistos	150.0
	Sub total	150.00
Recursos Materiales	Material de procedimiento automático de información.	150.0
	Material de escritorio.	60.0
	Impresión de instrumentos en formatos especiales.	200.0
	Sub total	410
Servicios	Servicio de análisis estadístico	400.0
	Servicios informáticos.	100.0
	Servicios administrativos.	80.0
	Servicios de alquiler de internet.	80.0
	Servicios de fotocopiado y anillado de los informes	350.0
	Sub total	1010
Movilidad y viáticos	Viáticos	250.0
	Viáticos para participantes	150.0
	Servicios de movilidad	200.0
	Sub total	600.00
Total		2170.0