

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Actividad física como herramienta base en la prevención del sobre peso y
obesidad en los niños.

Trabajo académico presentado para optar el Título Profesional de
Segunda Especialidad en Educación Física.

Autor.

Jesús Antenor Rojas Silva

TRUJILLO - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Actividad física como herramienta base en la prevención del sobre peso y
obesidad en los niños.

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su contenido
y forma.

Jesús Antenor Rojas Silva. (Autor)

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo. (Asesor)

TRUJILLO– PERÚ

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO

En Trujillo, a los veintiocho días del mes de noviembre del dos mil dieciocho, se reunieron en la I.E. Víctor Raúl Haya de la Torre, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, al Dr. Segundo Alburquerque Silva, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas (Secretario) y Mg. Ana María Javier Alva (vocal) representantes del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: *"Actividad física como herramienta base en la prevención del sobre peso y obesidad en los niños"*, para optar el título Profesional de Segunda Especialidad en Educación Física al señor, **JESÚS ANTENOR ROJAS SILVA**.


A las OCHO horas VEINTIÉ minutos y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el Presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación del jurado lo declararon APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo DIECISEIS.

Por tanto, **JESÚS ANTENOR ROJAS SILVA**, queda APTO, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el título profesional de Segunda Especialidad en Educación Física.

Siendo las OCHO horas con CUARENTA minutos, el presidente del jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dr. Segundo Alburquerque Silva
Presidente del Jurado


Dr. Andy Kid Figueroa Cárdena
Secretario del Jurado


Mg. Ana María Javier Alva
Vocal del Jurado

DEDICATORIA

A mi familia por ser el motor
y motivo de mí superación
personal y profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	4
ÍNDICE	5
RESUMEN.....	6
CAPÍTULO I.....	8
OBESIDAD INFANTIL	8
1.1. El problema de la obesidad.	8
1.2. Repercusión clínica y sus complicaciones	9
1.3. Concepto y etiología.....	11
CAPÍTULO II.....	14
FACTORES PSICOLÓGICOS	14
2.1. La motivación.....	14
clima motivacional social.....	16
clima motivacional contextual.	16
clima motivacional situacional.....	17
2.2. Autoestima	18
2.3. Deficiencias en autoestima como factor causante de otros problemas.....	19
CAPÍTULO III	21
HÁBITOS SALUDABLES.....	21
3.1. Aproximación al concepto de hábito saludable.....	21
3.2. Actividad física	24
3.2.1. Conceptualización de actividad física y situación actual.....	24
3.2.2. Actividad física y salud.....	25
3.2.3. Actividad física como medio de prevención.....	26
3.2.4. Capacidad de resistencia aerób.....	28
3.2.5. Fuerza muscular.....	29
3.2.6. flexibilidad.....	29
3.3. La infancia como edad de prevención.....	29
3.4. Calidad de vida.....	30
3.4.1. El concepto de calidad de vida.....	31
CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS CITADAS.....	34

RESUMEN

En la elaboración de la presente monografía tiene el propósito fundamental de brindar información teórica sobre los problemas que se presentan con el sobre peso, aquí se brinda aportes importantes de cómo prevenir y combatir todo aquello que puede ser perjudicial para los niños y jóvenes.

Estamos poniendo en las manos de los maestros y padres de familia todo aquello que refiere a la actividad física como herramienta base en la prevención del sobre peso y la obesidad.

Palabras clave: Actividad física - Obesidad - Corporeidad.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es uno de los problemas que está causando diferentes tipos de males en los niños, jóvenes y adultos, aunque mucho conocen de todo lo que significa tener malos hábitos de alimentación, no se le brinda o da la atención de lo que significa tener problemas que están relacionados a la obesidad.

En la actualidad la obesidad está ganando terreno en los niños, jóvenes y adultos, sin embargo se hasta haciendo poco por detener este incremento de personas que están padeciendo este mal, quizá en un principio no sea mal visto, pues muchos padres asocian de que un niño con tendencia a tener un cuerpo con signos de gordura puede ser un indicador de una buena alimentación, esto es uno de los grandes problemas, pues está ligado al desconocimiento, por ello es importante que los padres de familia y maestros tengan un conocimiento amplio sobre lo que significa tener problemas relacionados con la obesidad y así apoyar a mejorar los estados alimenticios de aquellos que padezcan alguna enfermedad relacionada a la obesidad.

Existen muchas enfermedades que se relacionan con la obesidad, muchas de ellas pueden terminar en tragedia y otras están relacionadas a las enfermedades cardiacas y hasta problemas que se presentan en estado psicológico.

En el presente trabajo académico se brinda un conocimiento amplio de los apretes teóricos y definiciones de algunos estudiosos que hemos tomado como apoyo para poder dar a conocer un tema de mucha importancia para los maestros y padres de familia.

Capítulo I

OBESIDAD INFANTIL

Hablar de obesidad, es hablar de uno de los problemas que se están teniendo a nivel mundial, los malos hábitos alimenticios, así como el consumo de bebida gaseosas y alimentos chatarra está generando problemas que se relacionan con la obesidad.

Cofré, (2015), “La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. El sedentarismo es una de las causas modificables de mayor importancia, considerando al sedentarismo como la ausencia de actividad física”.

1.1. El problema de la obesidad.

“La obesidad está ampliamente descrita como una pandemia que afecta a diferentes grupos etarios, no tiene límites en relación con sexo o raza” (Wright, 2005).

“Esta ha aumentado de forma alarmante tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, constituyendo el primer problema de malnutrición en adultos y es una enfermedad que ha aumentado notablemente en la población infantil”. (Cofré, 2015).

“Existen datos generales que indican que alrededor de 1/3 de todos los niños son obesos a nivel global; esta misma incidencia se describe en la edad adulta, lo que hace pensar que los niños obesos serán adultos obesos” (Wright, 2005).

Esto ya es preocupante en la actualidad, pues se está observando que este problema viene en aumento y que se hace muy poco por cambiar.

Los países desarrollados, son los que se están viendo afectados con mayores números de casos presentados, sin embargo, en países como el Perú, estos casos ya están aumentando, es quizá el inicio de un problema que puede ser más grande y que con la atención y dedicación a solucionarlo, podremos detenerla.

“La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales”. (J.J., 2006).

“Para el desarrollo de la obesidad es necesario el efecto combinado de una condición genética preexistente a este trastorno y la presencia de condiciones ambientales adversas”. (Zayas GM, 2002).

“Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso”. (Cole TJ, 2000).

“La principal condición asociada a largo plazo es que el gasto energético que presenta el obeso es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo”. (Castillo C, 2006).

“La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionando esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía, definiendo la estructura física”. (Castillo C, 2006)

1.2. Repercusión clínica y sus complicaciones

“Los niños con obesidad presentan complicaciones asociadas que afectan a diferentes subsistemas, por lo cual muchos especialistas describen una asociación directa con el

síndrome metabólico que incluye además de la obesidad, a la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, elevación del colesterol LDL y VLDL, disminución del colesterol HDL, hiperuricemia y aumento de la resistencia a la insulina” (Swinburn BA, 1994).

“Todo esto provoca un grupo heterogéneo de trastornos asociados que impactan en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones afectadas, a través de altas incidencias de diabetes tipo II, hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares (IAM), algunos tipos de cáncer y apnea obstructiva del sueño, entre otras”. (Pisabarro R, 2002)

Padecer enfermedades que están relacionadas con la obesidad, traerá como consecuencia a decir otro tipo de enfermedades en la que muchas de ellas presentan estado trágico.

“...Las deformidades esqueléticas más frecuentes fueron el *genus valgus* y los pies planos en sus diferentes grados (Lama, 2006). Son suficientes 6,5 a 9Kg. de sobrepeso para provocar alteraciones en los arcos del pie o inflamación de la placa de crecimiento en los talones, que sufren cada vez más los chicos con esta problemática. Lo que está claro es que los problemas en los pies de los niños obesos pueden provocar un círculo vicioso, en el que el dolor de pies les hace más difícil abandonar el sedentarismo, lo que a su vez dificulta bajar de peso...” (Campbell W, 2006).

Consecuencias de la obesidad pediátrica: A corto plazo (para el niño o el adolescente), señalan (Field AE, 2005)

- ❖ Problemas psicológicos
- ❖ Aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
- ❖ Asma
- ❖ Diabetes (tipo 1 y 2)
- ❖ Anormalidades ortopédicas
- ❖ Enfermedad del hígado

A largo plazo (para el adulto que era obeso de niño o adolescente) (Field AE, 2005)

- ❖ Persistencia de la obesidad
- ❖ Aumento de los factores de riesgo cardiovascular, diabetes, cáncer, depresión, artritis
- ❖ Mortalidad prematura

1.3. Concepto y etiología

Para tener una idea más clara, tendremos en cuenta los siguientes aportes:

La OMS, (2008), define obesidad como “Un problema de carácter multifactorial resultado de un balance energético positivo, es decir que la persona consume más energía de la que gasta, favoreciendo la acumulación de grasa corporal y consecuentemente de peso.

Los problemas que se pueden presentar a aquellas que inician su proceso en la que desarrollan exagerados de obesidad son los siguientes:

- aumento de la presión arterial, niveles de colesterol y triglicéridos sanguíneos, además de resistencia a la insulina”. (Cofré, 2015),

“...El simple consumo de alimentos no justifica el aumento de la obesidad, esta envuelve una compleja relación entre cuerpo-salud-alimento y sociedad. Existen diferentes concepciones y miradas sociales sobre este tema, que varían con la historia de cada comunidad. Estas causas relacionan a factores biológicos, históricos, ecológicos, económicos, sociales, culturales y políticos” (Salud, 2008).

“Nos enfrentamos a un aumento significativo de la prevalencia de obesidad en diversas poblaciones a nivel mundial. Existen tres componentes primarios en el sistema neuroendocrino relacionados con la obesidad: El sistema aferente, que involucra la leptina y otras señales de saciedad y apetito de corto plazo; la unidad de procesamiento del sistema nervioso central; y el sistema eferente, un complejo de apetito, saciedad,

efectos autonómicos y termogénicos, que conduce al stock energético. Se puede alterar el balance energético por aumento del consumo calórico, por la disminución del gasto energético o por ambos”. (BA, 2004).

“Se puede evaluar el consumo calórico por medio del hábito alimenticio, usando registros de alimentos o frecuencia de consumo de alimentos, pero la interpretación de la información debe ser precisa y cuidadosamente analizada en razón de posible subestimación”. (Mendez MA, 2004).

Se puede indicar que:

El gasto energético diario por la tasa metabólica basal (60% a 70%), por el efecto térmico de los alimentos (10%) y por gasto de energía con actividad física. La actividad física es el más importante componente variable, representando cerca de 20% a 30% del gasto energético total en adultos (Ravusin E, 1996). El ambiente moderno es un potente estímulo para la obesidad. La disminución de los niveles de actividad física y el aumento de la ingesta calórica son los factores determinantes ambientales más fuertes”. (Samara K, 1999)

“Es altamente probable la herencia poligenica como determinante de la obesidad. El riesgo de obesidad cuando ninguno de los padres es obeso es de 9%, cuando uno de los dos progenitores es obeso se eleva a 50%, subiendo a 80% cuando ambos son obesos. El hecho de existir una fuerte influencia genética en la obesidad, no indica que está sea inevitable, se deben poner en práctica todos los esfuerzos para intentar mantener en un rango normal el peso de los niños y realizar un trabajo preventivo, ninguna condición está ligada a tantos efectos deletéreos en el corto, medio y largo plazo como es el caso de la obesidad”. (Cofré, 2015).

Algunos autores indican que la obesidad es producto de la falta de conocimiento en relación a lo que puede pasar cuando se cometen errores en los habito de alimetacion,

“La mayor tasa de obesidad ocurre en poblaciones con mayor grado de pobreza y menor nivel educacional” (Monteiro CA, 2001).

“Se puede explicar esta asociación por el bajo costo de alimentos de gran densidad energética, como azúcar y grasas”. (Drewnowsky A, 2004).

“Los efectos de los cambios de peso en la salud a largo plazo no están claros, pero hay asociación entre el número de intentos de pérdida de peso y el peso corporal actual, así como riesgos para la salud cardiovascular”.(Olson MB, 2000).

“Enfermedades crónicas y cáncer. Varias etapas de la vida, como la infancia precoz y la adolescencia, pueden influenciar en la ganancia de peso, también la fase intrauterina, el peso de nacimiento, la lactancia, la fase de rebote adiposo en el periodo de aumento de peso que ocurre entre los 5 a 7 años de edad hasta la fase puberal”. (Parson TJ, 1999).

Capítulo II

FACTORES PSICOLÓGICOS

2.1.LA MOTIVACIÓN

Existen algunas dificultades que tiene los niños y jóvenes que padecen este tipo de mal, muchos de ellos son inducidos por los padres de familia quienes dotan de mucha alimentación chatarra, sin embargo, se hace poco o nada para mitigar este mal, por otro lado, está también motivación que se brinda por diferente medio en la que se motiva al consumo de alimentos que son perjudiciales para la salud.

“...Existen diferentes aproximaciones para comprender la motivación, desde las visiones más mecanicistas hasta las cognitivas, siendo las primeras las que defienden que los seres humanos son pasivos y obedecen a las influencias del entorno, mientras que, para las segundas, los seres humanos son activos que operan a partir de la interpretación subjetiva que realizan en los contextos de logro...”. (Cofré, 2015).

“En consonancia con las teorías cognitivas y cognitivo-sociales”, (C R. G., 1992) sugiere “que la motivación y la conducta de ejecución son manifestaciones de las cogniciones y de los procesos de pensamiento dentro de los contextos sociales dinámicos, siendo estos procesos los que rigen la acción motivacional”.

Por ello podemos decir que es muy importante elaborar estrategias en la que se enseñe a brindar alimentos de buena procedencia y que no perjudiquen la salud de los niños.

“La teoría de las metas de logro asume que los individuos en contextos de logro, como es el caso del deporte y la actividad física, están motivados por la obtención del éxito, es decir, en demostrar capacidad” (Maehr ML, 1980).

“En la base de esta teoría encontramos un concepto clave para comprender cómo los sujetos interpretan el resultado de las acciones en contextos de logro, éste es la capacidad. Además, esta capacidad depende a su vez de la distinción entre los conceptos de dificultad, suerte y esfuerzo. Dicha distinción evoluciona a lo largo de las etapas del individuo, hasta los 7 años, 7 a 11 años y después de los 11 años”. (Nichols, 19889).

“Por otra parte, cuando los conceptos de suerte y habilidad ya están diferenciados, es menos probable que los sujetos malgasten su esfuerzo en las tareas de suerte, y más probable que centren su esfuerzo en aquellas tareas que lo requieran. Además, esta diferenciación presenta consecuencias emocionales”. (Cofré, 2015).

“En los niños más pequeños cuando los conceptos de suerte y habilidad están menos diferenciados, es probable que el éxito en tareas de habilidad no ocasione ni un sentimiento profundo de orgullo ni que el fracaso produzca un sentimiento de vergüenza. Sin embargo, en los adolescentes, la posibilidad de aparecer como incompetente se vivencia como un sentimiento de que algo no funciona bien personalmente. Por lo tanto, los sentimientos de incompetencia tendrán efectos más negativos sobre la autoestima, el aprendizaje y la ejecución en los adolescentes que sobre los niños”. (Cofré, 2015),

En cuanto a la distinción entre capacidad y esfuerzo, es alrededor de los once o doce años cuando la capacidad y el esfuerzo se ven claramente diferenciados. En este nivel se entiende que el esfuerzo sobre la realización de una tarea quedará limitado por la capacidad. Ante logros iguales, aquél que se esfuerce menos mostrará ante los demás una mayor capacidad.

Debido a que, en este nivel, una pobre capacidad denota más claramente una deficiencia en la persona en comparación con un nivel inferior en el que la capacidad apenas se diferencia del esfuerzo, es más probable que esta concepción de capacidad presente consecuencias más negativas para la acción, ya que el fracaso indica incompetencia. A este respecto, (Nichols, 19889) expone que siempre se encontrará tareas que no se podrá realizar, y no por ello esa incapacidad nos ocasiona sentimientos de incompetencia. Una

persona se siente incompetente cuando no es capaz de hacer algo que otros sí pueden hacer o tiene que esforzarse mucho más para conseguir el mismo resultado.

“El clima de implicación en la tarea se caracteriza por el énfasis en los procesos de aprendizaje y progreso personal, la promoción de la cooperación entre los miembros del equipo y la consideración de que cada miembro realiza una contribución importante al equipo. Por el contrario, en un clima de implicación en el ego los errores son castigados, el refuerzo y la atención se proporcionan de forma distinta entre los miembros del equipo en función del nivel de capacidad, y se promueve la rivalidad entre los jugadores del mismo equipo”. (Newton ML, 2000).

“De manera general, se sugiere que aquellas situaciones que generaran rivalidad entre los miembros de un mismo equipo, por la evaluación pública y por la retroalimentación normativa sobre el desempeño de las tareas harán que aparezca un estado de implicación en el ego. Por otra parte, aquellos entornos en los que se enfatiza la cooperación en el proceso de aprendizaje, la mejora, el esfuerzo y la resolución de problemas, tienden a fomentar la aparición de una implicación en la tarea”. (Galvan, 2013).

Para mejor entendimiento de la información brindamos los siguiente:

- **Clima motivacional social.** “Transmitido por la familia para pasar posteriormente al grupo de iguales del mismo sexo, proporcionando apoyo y reconocimiento social. Este clima se ha demostrado empíricamente que influye en el deporte y en la escuela”. (Newton ML, 2000). “Los padres juegan un papel muy importante, ya que las orientaciones de metas de los jugadores son aprendidas a través de experiencias de socialización en la infancia, y son precisamente los padres los que median en dichas preferencias de metas, siendo elemento clave en la motivación de logro de los niños y adolescentes” (GC, 1992).

- **Clima motivacional contextual.** “Relacionado con el clima que trasmite el entrenador a través de su metodología (estructura de las sesiones, agrupación de los practicantes,

sistema de recompensas, etc.)”. “El entrenador es un elemento muy condicionante, ya que su manera de focalizar la actividad, determinará la predisposición de los deportistas a la realización de actividades deportivas”. (Castworth, 2007).

- **Clima motivacional situacional.** “Se da en un momento concreto, en una situación específica como puede ser una sesión de entrenamiento” (J, 1998).

“...El clima de implicación en el ego en el deporte competitivo se da cuando el hecho de demostrar superioridad es el único criterio del éxito para el entrenador, pero el deporte competitivo también puede tener un clima de implicación en la tarea que se da cuando además de ganar (con una importancia innegable en contextos de profesionalización o alta competición) se tiene en consideración la vía para conseguirlo, tal como hacerlo mejor que en el anterior entrenamiento, mejorando juego a juego, partido a partido... siendo ese el criterio del éxito para el entrenador...”.(Cofré, 2015),

“Los climas ego tienden a hacer hincapié en la concepción normativa de capacidad, lo que lleva a los sujetos a desarrollar una perspectiva de meta orientada al ego y adoptando así un criterio normativo para evaluar su competencia. Cuando el ganar se convierte en el único medio para incrementar la competencia de los practicantes, perder lleva a muchos de ellos a una percepción de baja capacidad y posteriormente al abandono”. (C R. G., 1992).

“A partir de estos aspectos, se estructuran las dimensiones sobre las que se interviene, haciendo especial énfasis en la actuación del entrenador para favorecer un clima de implicación en la tarea, mostrando las estrategias motivacionales que se deberían de utilizar. Siendo motivo de numerosos trabajos teóricos y prácticos en el contexto deportivo”. (Alvarez O, 2013).

2.2. AUTOESTIMA

Existen muchas definiciones que hablan de la autoestima, según este trabajo se tienen en cuenta lo siguiente:

“La autoestima es un componente del yo, es la segunda fase de un proceso que comienza con auto conceptualización Primero se forma un concepto de sí y posteriormente se le otorga un valor, que tendrá una gradación alta, baja o media. Conformando lo afectivo, valorativo y emocional del proceso de autoevaluación.” (Cofré, 2015),

Según (Pope AW, 1988) “se base en la combinación de información objetiva sobre uno mismo y en la evaluación subjetiva de dicha información”.

Existen muchas definiciones que hablan de la autoestima, sin embargo, en este trabajo tendremos en cuenta los aportes de:

Williams James, “considerado el creador de este concepto, y cuyo enfoque inicial considera la autoestima como un fenómeno afectivo que se experimenta como una sensación o emoción”.

Rober White, (1963), con un enfoque psicodinámico, el cual “ve a la autoestima como un fenómeno influenciado por la experiencia y que genera comportamientos, este autor consideró que la autoestima tenía dos fuentes: Una interna modulada por los logros propios y una externa definida por las afirmaciones de los demás. El concepto de competencia toma valor aquí”.

Morris Rosenberg, (1965), desde una aproximación sociocultural. “Propone que la autoestima está definida como una actitud, tanto positiva como negativa, que el sujeto tiene sobre sí mismo. La autoestima que un individuo tenga es proporcional al grado en que es capaz de medirse de forma positiva, respecto a una serie de valores. Rosenberg relaciono autoestima con ansiedad y depresión”.

Stanley Coopersmith, (1967), relacionó “la autoestima con ansiedad y depresión. Además, incluso el éxito y la autovalía como indicadores. Propone que los niños aprenden cuán valiosos son, inicialmente de sus padres y luego esto se refuerza por otros. El mayor inconveniente de esta teoría, es que sus fuentes de información eran estudios conformados únicamente por mujeres de clase media en la etapa infantil y adolescencia”.

Nathaniel Branden, (1969), “Define la autoestima como una necesidad humana básica y se les da un especial énfasis a los sentimientos de autovalía y competencia. Además, describe que el déficit en la autoestima, tiene graves consecuencias en el desarrollo normal del individuo, asociándose a conductas como abuso, suicidio, ansiedad y depresión”.

Seymour Epstein, (1985), “definiendo la autoestima como una necesidad humana fuente de motivación, que es consecuencia de la comprensión individual del mundo, de los otros y de quienes somos nosotros en comparación a estos otros. Considera distintos niveles de autoestima”.

En resumen, de todo lo que se menciona anteriormente diremos que la autoestima es el valor o evaluación que hace el individuo de sí mismo.

“La autoestima sobrepasa el ámbito de investigación psicológica. Alcanzando mucha importancia en otras disciplinas y campos de estudio, como en este caso desde la educación física y el movimiento humano. Por lo mismo es necesario aclarar aun algunos elementos vinculados al papel de la autoestima en la dinámica del comportamiento humano”. (Clemens y Bean, 2001).

2.3. DEFICIENCIAS EN AUTOESTIMA COMO FACTOR CAUSANTE DE OTROS PROBLEMAS.

La autoestima puede generar varios problemas que están relacionados a aspectos físicos de salud así como también problemas psicológicos, para ello es importante tener un

conocimiento amplio de este mal y poder mitigar los estragos que puede presentar en el futuro.

Se describe que los sujetos que llegan a la adolescencia con baja autoestima, tienen un riesgo mayor de sufrir peor salud física y mental en la edad adulta, peor proyección laboral y económica, y una mayor probabilidad de presentar actuaciones criminales, en comparación con los adultos que presentaban una elevada autoestima en la infancia y adolescencia. (Trzesniewski KH, 2006).

Capítulo III

HÁBITOS SALUDABLES

Para mitigar en algo aquellos problemas que esta relacionados con la obesidad, se debe tener en cuenta hábitos laudables, en el podemos encontró aquellos que están relacionados con la ingesta de alimentos saludables, así como realizar actividades que mejoren la calidad de vida.

3.1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE HÁBITO SALUDABLE

“La salud no se explica exclusivamente en referencia a aspectos relacionados con la enfermedad, pues se entiende como un concepto multidireccional. Se destaca la salud como “el conjunto de condiciones y calidad de vida que permite a la persona desarrollar todas sus facultades en armonía y relación con el entorno”. Esta mirada produce un cambio en la exclusividad de la salud por parte del sector médico y, por tanto, se transforma en un elemento de atención interdisciplinar” (Salud O. M., 1998)

(RJ, Tests of maximum oxygen intake a critical review, 1984)define la salud como “Una condición humana con una dimensión física, social y psicológica, caracterizada por poseer un polo positivo y uno negativo. La salud positiva se asocia con una capacidad de disfrutar de la vida y resistir desafíos; no está meramente asociada a la ausencia de enfermedad. La salud negativa se asocia con la morbilidad y, en extremo, con la mortalidad prematura”.

El Ministerio de salud de Chile a través de su Estrategia Nacional de Salud, trazada para la década 2011-2020 se ha propuesto “potenciar acciones de promoción de salud, desarrollando entornos saludables y hábitos y/o estilos de vida saludables. Estos desafíos sanitarios proponen a las políticas públicas de salud, el objetivo de reducir los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, conducta sexual y consumo de drogas ilícitas. Dichas metas implican

incrementar los hábitos de vida saludables y crear entornos saludables abordando la meta de salud óptima, potenciando los factores protectores en las personas”. (Salud M. d., 2011-2020).

Una de las conductas negativas que afecta de manera relevante la salud es la hipocinesia o sedentarismo. (S D. , 2006), “señala que la energía muscular que acompañó todo el proceso de evolución y desarrollo del hombre, en la actualidad ha sido sustituida por la energía de las maquinas en las fábricas, en el campo y en el hogar. El ruido de motores ha reemplazado a la respiración agitada, el palpitar del corazón y la sudoración”.

El sedentarismo es uno de los primeros causantes de todas las enfermedades que están relacionadas con la obesidad, esto es importante conocer para así poder desarrollar u comité ejecutivo que elabore estrategias que podrían ser aplicadas en todas las instancias educativas.

“Este hábito o estilo de vida sedentario es el factor principal de riesgo de numerosas enfermedades y está cerca de adelantar al tabaco como la principal causa evitable de muerte. Estos nuevos estilos de vida, constituyen el principal determinante de la salud y ejercen un importante impacto en la morbimortalidad de las poblaciones. Como vienen reiterando numerosos estudios, una pronta intervención sobre estos aspectos en edades tempranas, no sólo reduciría estos riesgos, sino que además disminuiría los costes asociados a las patologías crónicas modernas, con un importante ahorro económico para los sistemas públicos” (Finkelstein EA, 2003).

“Los hábitos saludables se asocian con el concepto de calidad de vida y sugieren usar el término, hábitos saludables de vida. Entre los hábitos que se considerados más favorables para la salud se encuentran los relacionados con una nutrición adecuada en cantidad y calidad, actividad física en los niveles necesarios según los requerimientos y características, además de pautas de descanso regulares y apropiadas”. (RJ, 1984)

En el ámbito educativo se pueden generar hábitos y conductas saludables que perduren en el tiempo. (JC, 1989), señala “como hábitos de salud en la edad escolar la alimentación

equilibrada, la práctica frecuente de ejercicio físico, una correcta relación entre actividad física y descansos, la higiene y salud postural. Resulta importante señalar que existen investigaciones que presentan relaciones significativas entre la actividad física y otros hábitos saludables dentro del continuo de estilos de vida saludables, se describe una asociación directa entre hábitos de actividad física y buenos índices de condición física, hábitos de higiene corporal positivos y una alimentación equilibrada”.

(Gutierrez JLG, 2000) establecen las siguientes relaciones entre la actividad física y los hábitos de vida:

- ❖ La actividad física está positivamente relacionada con la salud, principalmente en los aspectos mentales, sociales y físicos de las personas. (Gutiérrez, 2000).
- ❖ La actividad física parece estar relacionada con otras conductas de salud tales como los hábitos de fumar, la alimentación y la higiene. Si aumentamos la práctica de actividad física, se puede influir en otros hábitos de salud. (Gutiérrez, 2000).
- ❖ Los años escolares representan un período crítico en el desarrollo de hábitos de actividad física, y su posterior traslado a la vida adulta. (Gutiérrez, 2000).

“El hecho de señalar estas relaciones, genera la necesidad de profundizar en los factores que facilitan y refuerzan la práctica de actividad física para orientar esfuerzos dirigidos a que los niños y jóvenes adquieran hábitos saludables que se mantengan a lo largo del curso de vida.” Para (Gutierrez JLG, 2000), “los factores que influyen en la adquisición y mantenimiento de los hábitos saludables se clasifican en: personales, psicosociales, grupales, sociodemográficos, culturales y ambientales”.

“Ante la importante evidencia que relaciona la actividad física y las conductas saludables es necesario comentar que existen investigaciones que han asociado ciertos hábitos no saludables a otras variables, principalmente socioeconómicas, no encontrando relación con el nivel de actividad física”. (Segura J, 1999).

3.2.ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física, es todo aquello que el hombre realiza con el propósito de hacer un desgaste energético corporal que podría ayudar a mejorar estados de salud.

3.2.1 Conceptualización de actividad física y situación actual

Según diferentes autores podemos indicar aporte de autores como:

“Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía superior al gasto metabólico de base y de reposo” (Salud, 2008).

“La actividad física no debe ser confundida con ejercicio. Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas”. (Gutiérrez, 2000)

Después de analizar los capítulos anteriores, podemos indicar cuatro objetivos importantes como:

La Estrategia Mundial tiene cuatro objetivos principales:

- ❖ “Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas no saludables y a la inactividad física a través de medidas de salud pública”. (Gutiérrez, 2000)
- ❖ “Incrementar la conciencia y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas”. (Gutiérrez, 2000)

- ❖ “Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles e integrales, y que cuenten con la participación activa de todos los sectores”. (Gutiérrez, 2000)
- ❖ “Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física”. (Gutiérrez, 2000).

3.2.2 Actividad física y salud

Muchas investigaciones realizadas en torno a la actividad física y la salud, han llegado a la conclusión de que la salud dependerá mucho de la actividad física que realice el hombre, por esta razón se recomienda que se realice una practica adecuada y en forma regular, esto es muy beneficioso para la salud pues los procesos internos generan en el organismo muchos cambios y activa las defensas en el organismo, así como también hace que los órganos tengan un mejor funcionamiento.

“Deben ser consideradas las combinaciones de varias actividades todos los días, con el fin de alcanzar un gasto calórico semanal debido al ejercicio de por lo menos dos mil kilocalorías, considerado un nivel satisfactorio y relacionado con prevención e incluso disminución del impacto de algunas patológicas. Todo inicio o reinicio de actividad física y ejercicio deben ser graduales, especialmente para los individuos de mayor edad. En un inicio aumenta la duración hasta alcanzar un tiempo mínimo aceptable según la edad y las condiciones mórbidas, sólo aquí se aumenta la intensidad en análisis a los métodos utilizados y para cada caso” (Medicine, 2007).

Se debe tener en cuenta en la práctica de actividades físicas a aquellas que siempre den beneficio físico en el organismo así como también produzcan placer al realizar este tipo de actividades, los deportes son una de las actividades que se realizan con mayor frecuencia, es importante indicar que la práctica de toda actividad debe estar siempre

acompañada de un buen seguimiento médico en el que se descarte situaciones de riesgo o peligro para aquel que realice la actividad física.

3.2.3 Actividad Física Como Medio De Prevención

Está demostrado que la práctica de las actividades físicas son el mejor preventivo que se tiene contra muchas enfermedades, la organización mundial para la salud (OMS), recomienda que se debe realizar un promedio de 30 minutos de actividad física al día, para ello se debe tener en cuenta ejercicios que generen mejora en la frecuencia cardíaca, así como fortaleza en el sistema muscular.

“Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud, atribuyéndose 1,9 millones de muertes anuales a la inactividad física, siendo esta el cuarto factor de riesgo de mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo)”. (OMS)

“Existen numerosas evidencias científicas que relacionan la actividad física y la salud física y mental, asociándose negativamente la actividad física con el sobrepeso y la obesidad, y positivamente con la salud cardiovascular en personas jóvenes” (Salud, 2008).

“...La actividad física practicada de forma regular, mejora la salud y reduce el riesgo de mortalidad (. Siendo conscientes de los beneficios que reporta para la salud esta actividad, algunos de los principales organismos de salud pública a nivel mundial han establecido las directrices básicas en cuanto al tipo, cantidad e intensidad de actividad física mínima necesaria para asegurar un correcto estado de salud, de esta manera se proporciona una mejora en la salud del mismo y ayuda al tratamiento de enfermedades, entre las que sobresalen por su importancia las coronariopatías, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la osteoporosis, cáncer de colon y la depresión, sin olvidar su rol evitando la obesidad. Un alto nivel de la condición física implica una buena respuesta

fisiológica de todas estas funciones, por el contrario, una mala condición física podría indicar un malfuncionamiento de una o varias de estas funciones...”. (S, 2007).

Se debe entender también que no solo la práctica de la actividad física produce beneficios, el exceso de esta también puede producir daños a la salud, por ello siempre se recomienda que se tenga conocimiento de todo lo que puede generar la práctica de las actividades físicas, para ello se recomienda siempre que se tenga en cuenta a los profesionales que están al entorno de la práctica de estas actividades.

“La condición física, forma física o aptitud física (en inglés physical fitness) también es definida como la capacidad que una persona tiene para realizar ejercicio físico o práctica deportiva. La condición física constituye una medida global de todas las funciones (músculo-esquelética, cardio- respiratoria, hemato-circulatoria, endocrino-metabólica y psico-neurológica) y estructuras que intervienen en la realización de actividad física”. (Ruiz JR, 2011).

En el deporte se indica que, “la condición física está compuesta por una serie de cualidades físico-motrices tales como velocidad, tiempo de reacción, agilidad, equilibrio, coordinación y potencia”. (Caspersen CJ, 1985).

“La condición física orientada a la salud (en inglés health-related fitness) engloba un conjunto de aptitudes físicas tales como la capacidad aeróbica, fuerza y resistencia muscular, amplitud de movimiento, velocidad de desplazamiento-agilidad y composición corporal”. (Ruiz JR, 2011).

“...En décadas anteriores, la mayor parte de los trabajos realizados acerca de la relación entre práctica física y salud se centraban en los componentes del rendimiento motor. Sin embargo, esta evolución en el análisis de los componentes de la condición física y su interés por las variables vinculadas a la salud, es debida a la preocupación desde los ámbitos científicos y sanitarios, por el estudio del nivel de práctica física y/o condición física en relación con

indicadores de bienestar y calidad de vida de la población, entre los que se puede mencionar el perfil lipídico-metabólico, la adiposidad abdominal, la glicemia en ayunas, etc...”. (Rosa, 2014)

(Bouchard C, 1993), definen indicadores de la condición física orientados a la salud:

- ❖ Componente Morfológico, compuesto por los factores de composición corporal y densidad mineral ósea.
- ❖ Componente muscular, formado por la fuerza, flexibilidad, potencia y resistencia.
- ❖ Componente Cardiorrespiratorio por la resistencia cardiorrespiratoria y la presión arterial.
- ❖ Componente metabólico formado por la tolerancia a la glucosa y el metabolismo de las grasas.
- ❖ Componente motor, formado por agilidad, coordinación y equilibrio.

3.2.4 Capacidad De Resistencia Aeróbica

Para tener un conocimiento de esta parte, analizaremos las propuestas de autores como: Ramírez y Lechuga, (2008), que indica que: “La capacidad aeróbica es una de las cualidades más importantes de la condición física relacionada con la salud. Amplias investigaciones han puesto de manifiesto el interés que tiene, conocer la capacidad aeróbica que posee la persona”.

Herrero, (2006), manifiesta, “Tener un nivel medio-alto de capacidad aeróbica disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y aumenta la esperanza de vida en adultos”.

“De la misma forma, una mejora de la capacidad aeróbica se asocia directamente con una mejora de la calidad de vida no sólo en personas sanas sino también en personas con cáncer”. (Herrero F, 2006).

Esto se indica entonces que la capacidad aeróbica es de mucha importancia en el ser humano, por ello se recomienda que se mantenga siempre en actividad por los beneficios que genera esta capacidad.

3.2.5 Fuerza Muscular

La fuerza muscular, está relacionada con los músculos, esta capacidad es la que genera la la contracción muscular contra cualquier cuando se produce tensión en los músculos, esta capacidad se desarrolla desde que el niño nace y puede ir aumentando dependiendo de las actividades que realice durante su vida, esta capacidad es de mucha importancia en el organismo del hombre pues permite tener las reacciones de rapidez ante situaciones que necesite.

3.2.6 FLEXIBILIDAD

Capacidad física que permite realizar movimientos con mayor frecuencia de movilidad, permite tener mejor movilidad y reacción al momento de realizar actividades físicas, esta capacidad es muy importante y difícil de mantener, pues se necesita realizar ejercicios destinados a esta parte pues dejar de realizar en un tiempo determinado puede generar la pérdida de este, se recomienda que se realice desde tempranas edades y se mantenga durante toda la vida.

3.3.LA INFANCIA COMO EDAD DE PREVENCIÓN

Se tiene claro entonces que la actividad física es muy beneficiosa para la salud, por ello es importante que se haga un análisis sobre que edad es apropiada para la realización de

las actividades física, para ello según estudios se indica que las actividades físicas se deben iniciar desde muy tempranas edades, es decir desde niños.

“...La inactividad física y unos bajos niveles de capacidad aeróbica o fuerza muscular son también factores asociados con el desarrollo de la enfermedad cardiovascular tanto en adultos como en jóvenes. Las enfermedades cardiovasculares suelen hacer su aparición clínica en la edad adulta tardía. Sin embargo, existen estudios que muestran el inicio de dichas enfermedades en edades tempranas, teniendo durante muchos años un curso subclínico. La promoción e incremento de los niveles de actividad física pueden jugar un papel importante en la prevención de patologías asociadas a la enfermedad cardiovascular, no sólo en la vida adulta, sino durante la misma infancia y adolescencia. A pesar de que la mayoría de las enfermedades crónicas, así como accidentes cerebro-vasculares ocurren durante o después de la quinta década de vida, la evidencia científica muestra que los orígenes de la enfermedad cerebro-vascular se encuentran en los primeros años de vida...”
(Ruiz JR, 2011).

Por esta razón se recomienda que las actividades físicas se realicen desde temprana edad, los niños tienen la naturaleza de los es realizar actividades de movimiento, privarlos de ello puede generar problemas en su estado físico y la salud.

“Estos contenidos están presentes en muchos programas de Educación Física a nivel mundial, por otro lado, el docente de esta especialidad debe estar capacitado para evaluar la condición física de sus alumnos y observar su evolución a lo largo del periodo de escolarización”. (Ruiz JR, 2011).

3.4.CALIDAD DE VIDA

Tener salud significa tener buen estado de vida, esto se relaciona con tener calidad de vida, aunque para ello se relacione con estado de relax y formas de felicidad, pero tener

buen estado saludable puede permitir realizar otras actividades que nos brinden mucha felicidad.

“...La calidad y los estilos de vida corresponden a conceptos asociados; se entiende que la mejora en la calidad de vida es posible mediante la adopción de un estilo de vida saludable. La creciente preocupación por cuestiones relacionadas a la calidad de vida es un verdadero movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas, en el sentido de valorizar parámetros más amplios que el control de síntomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de las expectativas de vida. Así mismo la calidad de vida es abordada por muchos autores, como sinónimo de salud, y por otros autores como un concepto más amplio, en el que las condiciones de salud serían sólo uno de los aspectos a ser considerados...”. (Fleck M, 2000).

“Existe una corriente que define la calidad de vida como un concepto unidimensional; mientras que otros se ubican en el otro extremo, considerándola como concepto multidireccional”. (A, 2006).

La OMS, define la calidad de vida como “La percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, según el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Guyatt, (1993), indica que, “que se relaciona con distintas variables, como son la salud física y mental, el funcionamiento social, la educación, el trabajo, el ocio, la utilización de bienes y servicios, los niveles de participación y la seguridad social”.

3.4.1 El concepto de calidad de vida

No se pudo dar un concepto claro sobre calidad de vida, aportes como el de:

Gill, (1994), que indica que: “Cada vez es más claro que no se deben incluir solamente factores relativos a la salud curativa, y aparecen el bienestar físico, funcional, emocional y mental, como también otros elementos de vida de las personas como el trabajo, familia, amigos y otras circunstancias del cotidiano. Siempre considerando que la percepción personal de quien se pretende investigar es primordial”.

“El desarrollo de una clasificación taxonómica de calidad de vida es útil, no solamente para demostrar la falta de consensos, sino también para organizar definiciones existentes, identificando y ordenando elementos comunes y factores que destaquen la influencia de estas definiciones. Es recomendado por el mundo occidental, urbanizado, rico, polarizado por una serie de valores, que se podría resumir de la siguiente manera: el confort, el placer, la buena comida, la moda, artículos para el hogar, viajes, automóvil, televisión, teléfono, ordenador, uso de tecnológicas que disminuyen el trabajo manual, consumo de arte y cultura, entre otras comodidades y riquezas” (Gill TM, 1994).

Mínayo, (2000), “La vida refleja la percepción de los individuos sobre sus necesidades, si están siendo satisfechas o incluso si sienten que se les está negando la oportunidad de alcanzar la felicidad y la realización personal, independientemente de su estado de salud física y las condiciones sociales y económicas. A pesar del intento de crear un modelo ampliado de la calidad de vida”.

CONCLUSIONES

- Primero:** Los niños con mayor autoestima poseen menos valores en su IMC, % grasa y tiempo frente a la pantalla, así como mostraron mejores resultados para todos los test físicos realizados, manifestaban realizar mayor número de horas de actividad física, tenían más horas de sueño, un mayor autoconcepto y una mejor adherencia a la dieta.
- Segundo:** Los alumnos con un nivel de actividad física más alto son los que poseen un menor IMC y % grasa, así como los que mejores resultados en las pruebas de condición física obtuvieron. Estos alumnos, además, son los que obtienen unos valores de autoestima y autoconcepto más altos.
- Tercero:** Un mayor IMC se asocia con una peor condición física, menos horas de sueño, menor adherencia a la dieta Mediterránea, menor autoestima y autoconcepto y un mayor número de horas de pantalla. Las mismas relaciones se encuentran con él % grasa.
- Cuarto:** Tener una mejor condición física se asocia con tener más horas de sueño, mayor adherencia a la dieta, mejor autoestima y autoconcepto y menor tiempo frente a la pantalla.

REFERENCIAS CITADAS

- Alvarez O, F. C. (2013). Intervencion psicologica en un equipo de gimnasia ritmica deportiva. Revista de Psicologia del deporte., 395-401.
- Antunes, C. (2006). Inteligencias multiples como estimularlos y desarrollarlos. España: Narcea.
- BA, S. (2004). Diet Nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. . public health nutrition, 123-146.
- C, A. (1992). Achievment goals motivational climate and motivational processes. Motivation in sport and exercse, 161-176.
- C, R. G. (1992). Motivation in sport an exercises: conceptual constraints and conceptual convergence. Motivation in sport and exercises, 3-30.
- Campbell W, W. J. (2006). Maternal concern and perceptions of overweight in australian preschool - aged children. the medical journal of australia., 274-277.
- Cantero, F. (2002). teoria y analisis de la entonacion. España: Universidad de Barcelona.
- Castillo C, R. M. (2006). Las golosinas en la alimentacion infantil. Revista de Pediatria, 44,189-193.
- Castworth, C. D. (2007). Coaching behaviors associated with changes in fear of failure. Journal of personality, 383-419.

- Cole TJ, B. M. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320,1240-1243.
- Delacroix, H. (1924). *El lenguaje y el pensamiento*. Paris: Felix Alcan.
- Drewnowsky A, S. S. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American Journal of clinical Nutrition*, 6-16.
- Ebbeling CB, P. D. (2002). Childhood obesity: public- health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 473-482.
- Field AE, C. N. (2005). Weight status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in early adulthood. *obesity Research.*, 163-169.
- Gallegos, J. L. (2007). *Educacion Infantil*. Malaga: Ediciones Aljibe.
- Galvan, L. W. (2013). Clima motivacional en deporte individuales y de conjunto en atletas jovenes mexicanos. *Iberoamericana de Psicologia del ejercicio y deporte.*, 393-410.
- Garner, H. (1993). *Estructuras de la mente: La teoria de las inteligencias multiples*. New York: Basic books .
- Garton, A. (1994). *Interaccion social y desarrollo del lenguaje y la cognicion*. Buenos Aires: Paidos.
- Garton, A. (1994). *Interacción social y desarrollo del lenguaje y la cognicion*. Barcelona: Paidos.
- GC, R. (1992). motivation in sport an exercise: conceptual constraints and conceptual convergence. *Human Kinetics*, 3-30.

- Irina Kovalskys, L. B. (2005). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*.
- J, D. J. (1998). Measurement of goal perspectives un the physical domain. *Fitness information Technology*, 21-48.
- J.J., R. (2006). Childhood obesity. *BMJ* , 333.
- JR, S. (1967). A study of social stereotype of body image in children . *Journal of personality and social psychology*, 101-104.
- Lama, R. A. (2006). Obesidad infantil. recomendaciones del comite de nutricion de la asociacion española de pediatria. *Anales de pediatria.*, 607-615.
- Lennenberg, E. (1967). *Fundamentos Biologicos del lenguaje*. New York: Wiley.
- Llorach, E. A. (1968). *La adquisicion del lenguaje por el niño*. Martinent.
- Maehr ML, B. L. (1980). The motivation factor: a theory of personal investment. *Studies in cross - cultural psychology*, 221-267.
- Maher ML. (1984). *Meaning and motivation: toward a theory of personal investment*. Reserach on motivation in education Vol 1.
- Mendez MA, W. S. (2004). under and over reporting of energy is related to obesity, lifestyle factors and food group intakes in jamaican adults. *Public Health Nutrition*, 9-19.
- MINEDU. (1998). *Lineamientos Curriculares*. Editorial Magisterio.
- Monteiro CA, C. W. (2001). independent effects od income and education on the risk of obesity in the brazilian adult population. *the journal of nutrition*, 881-886.

- Moreno RF, S. J. (2009). La educacion fisica y el deporte como medios para adquirir y desarrollar valores en el nivel de primaria. *Education*, 133-143.
- Newton ML, D. J. (2000). Examination of the psychometric properties of the perceived motivational climate in sport . *Journal of sports sciences*, 275-290.
- Nichols, J. (19889). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge: Harvar University Press.
- Olson MB, K. S. (2000). Weight cycling and high density lipoprotein cholesterol in women: evidence of an adverse effect: a report from the NHLBI sponsored. *Journal of the american college of cardiology*, 1565 - 1571.
- Parson TJ, P. C. (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *international journal of obesity and related metabolic disorders*, 1-107.
- Pisabarro R, R. A. (2002). Enso niños 1: primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos. *Revista medica del Uruguay*, 244-250.
- Pope AW, M. S. (1988). *Self esteem enhancement with children and adolescents*. Pergamon.
- Ravusin E, S. B. (1996). Energy expenditure and obesity. *Diabetes Reviews*, 403-422.
- Salud, O. M. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atencion primaria de salud, mas necesaria que nunca*. Geneva: Who Press.

- Samara K, K. P. (1999). Genetic and environmental influences on total body and central abdominal fat: the effect of physical activity in female twins. *Annals of Internal Medicine*, 873-882.
- Swinburn BA, R. E. (1994). Energy and macronutrient metabolism. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 527-548.
- Trzesniewski KH, D. M. (2006). Low Self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 381.
- Wright, M. G. (2005). *The obesity Epidemic Science, morality and ideology*. New York: Taylor & Francis Group.
- Zayas GM, C. D. (2002). Obesidad en la infancia: Diagnostico y tratamiento. *Revista Cubana de pediatria*, 74, 1-15.

Actividad física como herramienta base en la prevención del sobre peso y obesidad en los niños

INFORME DE ORIGINALIDAD

16% INDICE DE SIMILITUD	16% FUENTES DE INTERNET	0% PUBLICACIONES	8% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	hera.ugr.es Fuente de Internet	13%
2	www.repositorio.usac.edu.gt Fuente de Internet	1%
3	digibug.ugr.es Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	<1%
6	altorendimiento.com Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad de Granada Trabajo del estudiante	<1%
8	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo