

PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LA  
IMAGEN CORPORAL SEGÚN ESTADO  
NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 5° y 6°  
GRADO

**Directora:**

Mgter. Mamondi Verónica

**Alumnas:**

Origlia, Agostina del Valle

Zurro, Florencia

2017



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Se encuentra ubicada en la Biblioteca de la Escuela de Nutrición,  
Fac. de Ciencias Médicas, U.N.C.

## **NOTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL**

### **Presidente:**

Dra. Furnes Raquel

### **1° Miembro:**

Lic. Cieri Elisabeth

### **2° Miembro:**

Mgter. Mamondi Verónica

### **Calificación:**

Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.

## RESUMEN

### **Percepción y satisfacción corporal según estado nutricional de niños de 5° y 6° grado**

**Área temática de investigación:** Epidemiología y Salud Pública.

**Autores:** Origlia A, Zurro F, Mamondi V.

**Introducción:** La imagen corporal es la representación mental de nuestro cuerpo. A partir de una percepción general, el niño crea juicios valorativos sobre su cuerpo influenciado por factores individuales, sociales, culturales; generando, a veces, sentimientos de insatisfacción corporal. Es importante considerar el estado nutricional como indicador de bienestar, y su relación con la percepción y satisfacción corporal.

**Objetivo:** Caracterizar la percepción y satisfacción corporal en relación con el estado nutricional en niños de 5° y 6° grado que asisten a la escuela Marta J. González del B° Villa Libertador, Córdoba en el año 2017.

**Metodología y población:** Estudio cuantitativo, descriptivo observacional y transversal. Participaron 59 niños que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela primaria Marta J. González, seleccionados por conveniencia. Se utilizó un cuestionario auto-administrado y antropometría. Se analizó mediante estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** Se observó un 3,39% con bajo peso, 1,69% con riesgo de bajo peso, 47,46% normal, 11,86% con sobrepeso y 35,59% con obesidad. Además 71,19% no estuvo satisfecho con su cuerpo mientras 28,81% si lo estuvo. Se identificó asociación entre percepción corporal real y estado nutricional, no así entre percepción corporal deseada y estado nutricional. Se observó asociación entre la satisfacción corporal y estado nutricional, en ambos sexos.

**Conclusiones:** En general, la mayoría de los niños no está satisfecho con su imagen corporal, y a su vez desean figuras más delgadas que la real. Este tema es un desafío para la Salud pública y los profesionales de salud en cuanto al abordaje de manera integral de los niños

**Palabras claves:** imagen corporal - estado nutricional – percepción – insatisfacción.

## Índice:

<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Planteamiento y delimitación del problema.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>7</b>
3.1. <i>Objetivo general.....</i>	<i>7</i>
3.2. <i>Objetivos específicos .....</i>	<i>7</i>
<b>4. Marco teórico.....</b>	<b>8</b>
4.1. <i>Imagen corporal.....</i>	<i>8</i>
4.2. <i>Construcción evolutiva de la imagen corporal.....</i>	<i>8</i>
4.3. <i>Formación de la imagen corporal: Factores predisponentes .....</i>	<i>9</i>
4.4. <i>Percepción de la imagen corporal.....</i>	<i>10</i>
4.5. <i>Estado Nutricional.....</i>	<i>13</i>
4.5.1. <i>Definición.....</i>	<i>13</i>
4.5.2. <i>Factores que influyen en el Estado Nutricional.....</i>	<i>13</i>
4.5.3. <i>Malnutrición.....</i>	<i>14</i>
4.5.4. <i>Prevalencia.....</i>	<i>15</i>
4.5.5. <i>Consecuencia.....</i>	<i>17</i>
4.6. <i>Calidad de vida relacionada con la salud infantil.....</i>	<i>18</i>
4.6.1. <i>Dimensiones.....</i>	<i>19</i>
<b>5. Hipótesis y variables.....</b>	<b>21</b>
<b>6. Variables.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Diseño metodológico.....</b>	<b>22</b>
7.1. <i>Tipo de estudio.....</i>	<i>22</i>
7.2. <i>Población y muestra.....</i>	<i>22</i>
7.2.1. <i>Población.....</i>	<i>22</i>
7.2.2. <i>Muestra.....</i>	<i>22</i>
7.3. <i>Criterios de inclusión.....</i>	<i>22</i>
7.4. <i>Criterios de exclusión.....</i>	<i>22</i>
7.5. <i>Definición y operacionalización de variables.....</i>	<i>23</i>
7.6. <i>Aspectos éticos.....</i>	<i>26</i>
7.7. <i>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</i>	<i>27</i>
7.8. <i>Plan de análisis de datos.....</i>	<i>28</i>

<b>8. Resultados</b> .....	29
8.1. <i>Distribución de la muestra por edad</i> .....	29
8.2. <i>Distribución de la muestra por sexo</i> .....	30
8.3. <i>Distribución de la muestra según estado nutricional</i> .....	31
8.4. <i>Distribución de la muestra según percepción corporal real</i> .....	33
8.5. <i>Distribución de la muestra según percepción corporal deseada</i> .....	34
8.6. <i>Distribución de la muestra según satisfacción corporal</i> .....	35
8.7. <i>Percepción corporal real según estado nutricional de la población</i> .....	37
8.8. <i>Percepción corporal deseada en relación con el estado nutricional de la población</i> .....	41
8.9. <i>Satisfacción corporal en relación al estado nutricional de los niños</i> .....	43
<b>9. Discusión</b> .....	48
<b>10. Conclusión</b> .....	53
<b>11. Referencias bibliograficas</b> .....	55
<b>12. Anexos</b> .....	60

## 1. Introducción:

El cuerpo humano ha sido objeto de significaciones a través del tiempo, desde un *cuerpo objeto*, provisto por las ciencias naturales, hasta un *cuerpo vivido* íntimamente relacionado con el contexto sociocultural y el universo ideológico particular de cada persona, considerando así el cuerpo como productor de significados que se gestan desde las experiencias y vivencias, las que construyen la imagen corporal de cada individuo (1). La imagen corporal se define como la representación mental de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta, la cual se ve influenciada por aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y perceptivos (2, 3, 4). La experiencia adquirida desde la infancia ayuda a construir estructuras perceptuales mediadas por estímulos y por la selección de significados que acaban construyendo la percepción general del sujeto (5,6). A partir de esta percepción, el niño crea juicios valorativos sobre su cuerpo influenciado por factores individuales, sociales, culturales e ideales de belleza. Es así, que muchas veces se producen sentimientos de insatisfacción corporal, definida ésta como las discrepancias entre la imagen corporal auto-percibida y la ideal (7).

Según un estudio realizado en España en adolescentes, se ha constatado un incremento de la insatisfacción corporal en edades cada vez más tempranas, donde sólo un 34,5% tenían satisfacción con su imagen frente al 65,5% que no la tenían (8). En un estudio realizado en México, en niños entre 8 y 12 años, se demostró que el 69% de niñas y 20% de niños deseó un cuerpo más delgado y, en cambio, el 31% y 60% respectivamente desearon tener un cuerpo normal (2).

Es importante considerar el estado nutricional del niño como un indicador objetivo de bienestar, y cómo se relaciona con la percepción corporal y las sensaciones generadas en torno a ésta. Éste se define como la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos (9). Cuando se produce una alteración del mismo, se denomina malnutrición; ésta incluye desnutrición, sobrepeso y obesidad (10).

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2012) referida a niños entre 13 y 15 años, registra una prevalencia de sobrepeso de 28,6% y obesidad de 5,9%. En Argentina, estas problemáticas van en aumento, al igual que en el resto del mundo. En comparación con la EMSE 2007, también referida a niños entre 13 y 15 años, se evidenció un crecimiento

en ambos indicadores: mientras que el sobrepeso ascendió 4 puntos porcentuales, la obesidad creció en 1,5 puntos; ambos resultaron mayores en varones (11).

En la actualidad se cuentan con insuficientes estadísticas nacionales con respecto al estado nutricional de niños en edad escolar; sin embargo, se puede tener en cuenta el Reporte Anual del Programa Nacional de Salud Escolar (Agosto 2015) cuyos datos fueron obtenidos a partir de una muestra de 184.700 niños de 19 provincias en conjunto con la Planilla de datos del Control Integral de Salud (C. I. S) (12). Este reporte, referido a niños de 10 a 13 años, manifiesta que en Argentina se encuentra un 21,5% de sobrepeso y 15,6% de obesidad. Con respecto a la emaciación, refleja un 2% entre ambos sexos.

Las evidencias encontradas a lo largo de la revisión bibliográfica, manifiestan la importancia de abordar al niño con una mirada integral considerando aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y perceptivos y permitir al niño que se exprese y emita opinión sobre su cuerpo, para conocer la percepción y satisfacción que tiene de él y evaluar su relación con el estado nutricional actual para así detectar a tiempo posibles alteraciones (13).

Todo lo expresado, demuestra la importancia de la multidimensionalidad de la salud infantil percibida, definida como la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño dentro de un contexto cultural específico de acuerdo con su desarrollo evolutivo y a sus diferencias individuales. De este modo se puede conocer la valoración que hace el niño de su funcionamiento físico, psicológico y social, cuando este se ha visto alterado por una enfermedad o accidente, garantizando al niño la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos por la Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (14,15).

## **2. Planteamiento y delimitación del problema:**

¿Cuál es la percepción y satisfacción corporal en relación con el estado nutricional según sexo de los niños de 5° y 6° grado de la escuela primaria pública provincial Marta Juana González del B° Villa Libertador de la ciudad de Córdoba en el año 2017?

### 3. Objetivos:

#### 3.1. Objetivo General:

Caracterizar la percepción y satisfacción corporal en relación con el estado nutricional en niños de 5° y 6° grado que asisten a la escuela primaria pública provincial Marta Juana González del B° Villa Libertador de la ciudad de Córdoba en el año 2017.

#### 3.2. Objetivos específicos:

- Describir la percepción corporal de la población en estudio.
- Describir la satisfacción corporal de la población en estudio.
- Clasificar el estado nutricional según IMC de la población en estudio.
- Identificar la relación entre percepción corporal y estado nutricional según IMC, de la población en estudio.
- Identificar la relación entre satisfacción corporal y estado nutricional según IMC, de la población en estudio.

## 4. Marco teórico

### 4.1. Imagen corporal

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente, y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Es el producto de sus experiencias personales, personalidad y de varias fuerzas sociales y culturales (5).

### 4.2. Construcción evolutiva de la imagen corporal

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente, así en diferentes etapas de la vida se va interiorizando la vivencia del cuerpo. Desde la niñez, se van conformando de forma natural a través del juego, las figuras ideales que más tarde en la pre-adolescencia o en la adolescencia intentarán poner en práctica (5, 3).

La imagen corporal se compone de diversas variables:

- Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, entre otros.
- Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, entre otros (16).

Así Rosen (1995) señala que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (16).

En las diversas culturas y períodos históricos, la corporalidad ha estado ligada irremisiblemente a lo social y a lo cultural. Abordado desde una perspectiva crítica de análisis de la realidad social, política y cultural que parte del entendimiento fenomenológico del cuerpo, se lo considera como un lugar para la implantación de hegemonía, desigualdad y control social; pero también un espacio de conciencia crítica, resistencia y, en un sentido más genérico, experiencias alternativas del mundo. Así el

cuerpo deja de ser un mero conjunto de representaciones y símbolos, para convertirse ahora en actor, en agente, en nudo de estructura y acción (17).

Los factores socioculturales constituyen uno de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales. Entre los atributos inherentes que la sociedad y la cultura ostentan se encuentran fundamentalmente: el modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea, los patrones estéticos, la clase social, el mundo del modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo (16).

#### 4.3. Formación de la imagen corporal: factores predisponentes

En la formación de la imagen corporal existen dos variables relevantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y por el otro, la satisfacción o insatisfacción con la misma (5).

Existen factores predisponentes hacia la formación de una imagen corporal negativa, tales son:

- Sociales y culturales: proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal, como la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre, hacia la fuerza asociada a potencia muscular.
- Modelos familiares y amistades: padres con excesiva preocupación por el cuerpo y el atractivo acompañado de verbalizaciones negativas sobre el cuerpo, hacen que el niño aprenda estas actitudes. Como también la crítica o burla del grupo de pares, los hace más vulnerables.
- Características personales: la baja autoestima, la inseguridad u otros sentimientos negativos, pueden hacer que el niño se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.
- Desarrollo físico y feedback social: los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el IMC o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.
- Otros factores: la obesidad infantil, las enfermedades, las experiencias dolorosas con el cuerpo, entre otras, sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente al niño sobre su apariencia física (5).

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio, que permanece latente hasta la aparición de un suceso (5).

#### 4.4. Percepción de la imagen corporal

Es una formación cognoscitiva que se crea a partir de una mezcla de imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos a los demás (18).

El autoconcepto refiere a la percepción mental de lo que pensamos de nosotros mismos, de lo que pensamos que otros piensan de nosotros y de lo que nos gustaría ser, influenciado por factores como edad, género y condición física. Está constituido por cuatro dominios: intelectual, social, físico y personal (6).

El autoconcepto de los niños está basado en características concretas, como nombres, apariencia física, posesiones, y conductas típicas. A lo largo del tiempo, los niños organizan estos estados internos y conductas en disposiciones de las que son conscientes y pueden comentar con otros (18). Una de las manifestaciones que realizan los niños en relación con la dimensión física, tiene que ver con su percepción y satisfacción corporal.

El autoconcepto se construye a través del proceso de socialización y tiene una gran importancia en el proceso educativo debido a su estrecha conexión con los aspectos motivacionales dirigidos hacia el aprendizaje escolar (19).

El desarrollo de la percepción infantil se ve influenciado por las personas significativas del medio familiar, escolar y social, y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y de fracaso (18).

En la educación primaria se describe más en término de carácter psicológico y social y gracias al desarrollo cognitivo se basa en categorías:

- Con la entrada en el contexto escolar los factores influyentes en la construcción del autoconcepto se multiplican: conciencia de logros o fracasos y un mayor número de relaciones con personas más variadas (aumento de interacciones sociales).

- La noción constante del sexo propio de los 5-6 años y la identidad sexual basada en las características anatómicas de los 7-8 años favorecerán una más adecuada percepción sobre sí mismo.
- Al final de esta etapa, hacia los 9-12 años la aceptación social contará con un espacio privilegiado en la escala de valores del niño (18).

La percepción del valor de sí mismos como personas, es un logro de una importancia incuestionable en la infancia y adolescencia (20).

Numerosos estudios muestran el rol protector de una autopercepción positiva en tanto ésta se asocia a una mayor resiliencia, bienestar subjetivo, una actitud positiva hacia la escuela y el estudio y un desempeño académico favorable. A su vez, una autopercepción negativa puede funcionar como un factor de riesgo de numerosas problemáticas en la niñez (20).

Partiendo de las definiciones anteriores, muchas veces se puede apreciar una discrepancia entre la imagen corporal percibida y la ideal; estando esta última vinculada a la autoestima, no sólo respecto de lo que me gustaría ser sino también de lo que a los demás les gustaría que fuese (19).

Esto se relaciona con los cánones de belleza, que han sido impuestos a lo largo de los años y continuamente reforzados por los medios de comunicación, que se traducen en términos de delgadez asociándola al éxito y a la aceptación social. Cuando un individuo interioriza el cuerpo ideal, determinado culturalmente, y por comparación concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal, se generan sentimientos de insatisfacción hacia su propio cuerpo (2). En un estudio realizado en España en adolescentes de 12 a 15 años, se ha constatado un incremento de los casos de insatisfacción corporal en edades cada vez más tempranas, donde un 34,5% de los participantes tenían satisfacción con su imagen frente al 65,5% que no la tenían. Además se evidenció una clara diferencia en la autopercepción de la imagen corporal en función del género, siendo las mujeres las que se ven más “gordas” de lo que son en realidad, mientras que los hombres se auto perciben de forma más real (8).

Con respecto a la autopercepción en relación con estado nutricional representado por el IMC, en el estudio realizado en escolares españoles se demostró que un elevado IMC se correlaciona con un menor autoconcepto global e intelectual y, sobre todo, con un menor

autoconcepto físico y felicidad-satisfacción vital. Por ende concluyen que los escolares con un IMC normal o normopeso presentan valores superiores en el autoconcepto general con respecto a sus pares homólogos con sobrepeso y obesidad (6).

Otro estudio relacionado con la percepción corporal, realizado en México en niños de 8 a 12 años a partir de figuras anatómicas, demostró que un poco más de la mitad de los niños de ambos sexos se percibieron como normales y más niñas se percibieron con sobrepeso. Sin embargo, los niños se percibieron más delgados que las niñas; excepto una niña que se percibió con delgadez severa. Otro dato importante a destacar, es que cuatro niños de ambos sexos con obesidad, subestimaron su condición. Además se indagó acerca de la satisfacción corporal de los niños y se obtuvo que el 69% de niñas y 20% de niños deseó un cuerpo con algún grado de delgadez y, en cambio, el 31% y 60% respectivamente desearon tener un cuerpo normal (2).

Esto está ligado a la distorsión corporal descrita como la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coincide con las características reales, evidenciada por la sobrestimación o subestimación de su tamaño (2). Lo anterior está vinculado a lo que se denomina insatisfacción corporal, definida como las discrepancias entre la imagen corporal autopercebida y la imagen corporal ideal (7). Esto, puede ser un desencadenante de lo que se denomina trastorno dismórfico corporal, que se define como la preocupación excesiva por un defecto corporal inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. Es importante la detección de estas alteraciones perceptivas, ya que se las considera un posible síntoma de los trastornos de conducta alimentaria (5).

Por ende, una percepción saludable de sí mismo, puede funcionar como promotor de la salud de los jóvenes (21).

#### 4.5. Estado nutricional

##### 4.5.1. Definición:

El estado nutricional se define como la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos (9).

##### 4.5.2. Factores que influyen en el estado nutricional:

Los factores que influyen en el estado nutricional de una persona pueden agruparse en tres categorías generales: alimentación, salud y cuidados. Estas categorías abarcan diversas cuestiones; entre las que se incluyen las siguientes: disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y de buena calidad; estado personal de salud (utilización biológica), estilo de vida, utilización personal de los servicios de salud, capacidad de las familias y de la vida para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas respectivamente. Cada uno de estos elementos es esencial para una buena nutrición (22).

- Alimentos y nutrición: el bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen, en relación con las necesidades que se determinan en función de diversos factores como la edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia, infecciones y eficacia de la utilización de los nutrientes (22).

El análisis de la alimentación debe seguir la cadena alimentaria y sus factores relacionados: la disponibilidad estable de alimentos (energía) a escala nacional (hoja de balance), regional y del hogar, el acceso a los alimentos; el consumo y la utilización biológica (se analiza el factor salud) siendo vitales en este último la inocuidad y calidad de los alimentos (22).

- Salud y nutrición: que los alimentos sean suficientemente variados, de calidad e higiénicos, permite a cada miembro de la familia beneficiarse desde el punto de vista nutricional y contar con un adecuado estado de salud. En este proceso influye el control de los ingresos, las limitaciones de tiempo, los hábitos alimentarios y los conocimientos nutricionales (22).

- Cuidados y nutrición: consiste en la dedicación, en el hogar y en la comunidad, atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los grupos nutricionalmente vulnerables. Los cuidados son especialmente importantes en determinados grupos, en particular los niños en crecimiento, en los cuales debe permitirse, entre otros aspectos, la lactancia materna, destete, y distribución intrafamiliar de alimentos adecuado. Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos, económicos y sociales. A pesar de que las madres y su educación son el factor principal de los cuidados, se hace necesario el apoyo de toda la familia al ser ésta la unidad social económica de mayor responsabilidad para el bienestar nutricional, esto hace imprescindible considerar las funciones, conocimientos, limitaciones de tiempo, ingresos y recursos y motivaciones de los miembros del hogar y de la familia (22).

A nivel de la comunidad es importante disponer de una suficiente organización y prestación de cuidados a los grupos vulnerables, tanto directamente, con la participación de la comunidad para evaluar sus problemas y delimitar las medidas apropiadas, como indirectamente, mediante la capacidad de la comunidad de sobrevivir en un ambiente ecológico y económico hostil. Además de la participación comunitaria otros mecanismos vinculados con los cuidados son los programas de alimentación, los subsidios alimentarios y los sistemas de seguridad social (23).

#### 4.5.3. Malnutrición

Cuando se produce una alteración del estado nutricional, puede desencadenarse lo que se denomina: malnutrición; ésta incluye malnutrición por déficit y por exceso. La malnutrición en cualquiera de sus formas produce consecuentemente riesgos para la salud (10).

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente y/o de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. Puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad (24).

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso de crecimiento), estar

peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta) (24).

Como se menciona anteriormente, existen tipos de desnutrición, como ser:

- Desnutrición aguda: conocida como la deficiencia de peso para altura o delgadez extrema, resultante de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo (25).
- Desnutrición crónica: definida por el retraso de crecimiento o altura para la edad; se asocia normalmente a situaciones de pobreza, u otras causas a las que la persona se encuentra expuesta durante largos periodos de tiempo (25).

Otra manifestación clínica de la delgadez es la emaciación, se hace referencia a ella como adelgazamiento morboso; es un proceso que ocasiona bajo peso para la talla. Por lo general, es el resultado de una pérdida de peso debida a un período reciente de inanición o enfermedad (26).

Aunque normalmente se menciona a la pobreza como causa principal de la desnutrición, existen otras causas tan importantes como ésta, tales como la falta de lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre una adecuada alimentación, la fracción del gasto público total en asuntos sociales (salud, educación), el acceso a agua potable y el costo de los alimentos (24, 27).

La desnutrición, sea cual sea su causa, puede afectar al funcionamiento cognitivo de los niños, impidiéndoles alcanzar su pleno potencial en la escuela, afectando por tanto a su futuras oportunidades de empleo e ingresos y perpetuando así el ciclo de la pobreza (28).

#### 4.5.4. Prevalencia

La desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe ha evolucionado a lo largo de los años. En el periodo 1990-2015, dicho indicador ha disminuido notablemente, aunque persiste; en América Latina y el Caribe se redujo de 24,5% en 1990 a 11,3% en 2015; y particularmente en Sudamérica de 21,3% a 9,9% respectivamente (10).

Si bien, en la actualidad se cuenta con insuficientes estadísticas nacionales con respecto al estado nutricional de niños en edad escolar; se puede tener en cuenta el Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) el cual se encarga de sistematizar la información proveniente de las planillas del Control Integral de Salud “C.I.S” en las escuelas o en los efectores de salud; posteriormente estos datos se cargan en SISA “Sistema Integrado de Información Sanitaria”, permitiendo la integración de la información sanitaria con otros programas de salud (Nomivac, Remediar, Sumar, Renaper, etc.) (12). En el año 2013, bajo el marco de este programa, se evaluaron 184.700 niños y adolescentes en 19 provincias de todo el país. Del total, 98,5% presentaron datos completos en las variables del examen físico. La mayor parte de los niños y adolescentes evaluados tienen entre 5 y 13 años de edad, específicamente un 54,6% entre 5 y 9 años y un 45,4% entre 10 y 13 años (12). Los datos refieren un 2,6% de baja talla en niños entre 5 y 13 años y un 2% de emaciación en la misma población. Diferenciado por grupo etario, se muestra que entre 5 y 9 años se presenta un 2,4% de baja talla en mujeres y un 3,9% en varones; y entre 10 y 13 años un 2,2% y 1,8% respectivamente. En cuanto a la emaciación, se evidencia en niños entre 5 y 9 años un 1,8% en mujeres y un 1,9% en varones; y entre 10 y 13 años un 2,4% y un 2,1% respectivamente (12).

Por otra parte, la malnutrición también se relaciona al sobrepeso y la obesidad; que se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (29).

La obesidad es una enfermedad multifactorial en la que participan la susceptibilidad genética y los estilos de vida y del entorno, con influencia de diversos factores determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y los entornos político y social (30).

La obesidad en el niño y adolescente es considerada un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, por el incremento de la prevalencia y las consecuencias sobre la salud de la población (30).

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE 2012) obtuvo resultados de niños entre 13 y 15 años que evidenciaron un sobrepeso de 28,6% siendo mayor en varones y con mayor prevalencia a menor edad. En Córdoba, CABA y Salta se evidenciaron las prevalencias

más bajas (22,5% - 23,1% y 23,6% respectivamente). Al comparar con la EMSE realizada en 2007, se registró un crecimiento del indicador (24,5% en 2007 – 28,6% en 2012) (31).

En relación con la obesidad, la EMSE mostró un 5,9%. Al igual que el sobrepeso, más frecuente entre varones (8,3%) que entre mujeres (3,6%). En relación a 2007 también se incrementó dicho diagnóstico (4,4% en 2007 – 5,9% en 2012) (31).

Por otra parte, durante la 1er Jornada de Obesidad Infantil: “Hacia el mapa de la obesidad en Argentina”, según datos publicados por CESNI y SAOTA, a partir de una muestra de 13 provincias del país, se conoce que en la población escolar (6 a 12 años) se encuentra un 19% de sobrepeso y 17,7% de obesidad (32).

Además, datos obtenidos por el PROSANE en niños entre 5 y 13 años refieren un 21,5% de sobrepeso, y un 15,6% de obesidad. Diferenciando por grupo etario, se muestra que entre 5 y 9 años se presenta un 19,5% de sobrepeso en mujeres y un 19,6% en varones; y entre 10 y 13 años un 24,4% y 22,9% respectivamente. En cuanto a la obesidad se evidencia en niños entre 5 y 9 años un 13,3% en mujeres y un 16,6% en varones; y entre 10 y 13 años un 13,5% y un 19,7% respectivamente (31).

Hoy en día, como lo reflejan las estadísticas, los países de América Latina y el Caribe, cuentan con la presencia de la triple carga de la malnutrición (deficiencia de micronutrientes, malnutrición por exceso y por déficit); la cual es uno de los aspectos fundamentales a abordar para los próximos 15 años (10).

#### 4.5.5. Consecuencias:

Con respecto a los niños con desnutrición, enferman más fácilmente y con mayor frecuencia y son menos capaces de recuperarse completamente de la enfermedad. La desnutrición y las carencias de micronutrientes pueden ser particularmente perjudiciales para los niños, dejándolos vulnerables ante las enfermedades infecciosas y, en última instancia, causando trastornos físicos y cognitivos (28). Se ha encontrado que los niños con alguna patología física presentan una percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil (CVRSI) más desfavorable que aquellos niños sanos (13).

Por otro lado, la desnutrición crónica puede causar retraso en el crecimiento y bajo peso para la talla. Las dietas que no aportan suficientes micronutrientes pueden conducir a enfermedades graves, incluyendo anemia, retraso mental y ceguera permanente. Tanto la

desnutrición como las deficiencias de micronutrientes pueden afectar al funcionamiento cognitivo de los niños, impidiéndoles alcanzar su pleno potencial en la escuela (28).

La desnutrición, por tanto, limita la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad (33).

Por otra parte, la obesidad también puede acarrear numerosos riesgos para la salud de los niños; incrementa el riesgo de Diabetes tipo II, enfermedad cardiovascular, dislipemia, hipertensión, cálculos hepáticos y algunos tipos de cáncer; y también produce importantes consecuencias psicosociales como baja autoestima, depresión, desórdenes alimentarios, entre otros (34). Por otro lado, algunos estudios transversales han asociado a la obesidad en este período con burlas, acoso, marginación y pobres resultados académicos lo que repercutiría en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud (35).

Numerosos estudios han observado que la obesidad en la infancia se correlaciona con la presencia de obesidad en la adultez. El importante incremento de esta prevalencia infantil, hacen que la prevención de la obesidad sea la alternativa de elección y la estrategia de nutrición pública más eficaz para detener el avance de la epidemia (34).

#### 4.6. Calidad de vida relacionada con la salud infantil

Más allá de todos los datos mencionados anteriormente, se debe tener en cuenta la importancia de una mirada integral del ser humano como un todo. En los comienzos del siglo XXI se comenzó a estudiar un concepto denominado Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una definición holística, multidimensional e integral, donde por primera vez se tiene en cuenta la percepción del niño sobre su bienestar (13).

A partir de allí surgen otros conceptos relevantes como el de Calidad de Vida Infantil (CVI), definida como la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño o adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo con su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales. De este concepto multidimensional deriva la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil (CVRSI), que sería la valoración que

hace el niño o adolescente de su funcionamiento físico, psicológico y social, cuando este se ha visto limitado o alterado por una enfermedad o accidente (13).

#### 4.6.1. Dimensiones

Con respecto a las dimensiones de la CVRSI, se puede decir que se encuentran mediatizadas por tres factores:

- Contexto sociocultural: el niño se comporta y actúa conforme a patrones propios de su medio, donde la familia (o quien cumpla ese rol) juega un papel significativo como primer agente socializador (13).
- Desarrollo evolutivo: consta de un proceso dinámico que pasa por diversos estados de equilibrio; como refiere Piaget se forma en dos etapas, aquella de asimilación en la cual el niño incluye en su estructura cognitiva elementos externos, seguida de la acomodación que implica la modificación de elementos ya existentes (13).
- Diferencias individuales: son los recursos internos, biológicos, psico-emocionales y cognitivos que le posibilitan al niño interpretar los procesos de salud o enfermedad de una manera más o menos adaptativa que sus pares (13).

En una revisión bibliográfica de estudios que analizan la imagen corporal en relación al estado nutricional, concluyen que tanto mujeres como hombres discrepan entre su estado nutricional real y su percepción corporal, refiriendo que las mujeres con normopeso y sobrepeso se ven más gordas de lo que son, mientras que las obesas se autoperciben más delgadas; en cuanto a los hombres con normopeso y los obesos se autoperciben más delgados de lo que son, mientras que los que presentan sobrepeso se clasifican correctamente (3). Es importante la realización de estos estudios, que les permiten a las personas expresar su percepción corporal para poder detectar posibles alteraciones.

Esto hace referencia a la importancia de abordar al niño desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta, como refiere la Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, en su Art. 3 el derecho de los niños a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; para así garantizar la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos. También en su Art. 19, se manifiesta el derecho de los niños a expresar su opinión en los ámbitos de su vida cotidiana, especialmente en la familia, la

comunidad y la escuela; y también como usuarios de todos los servicios públicos, en el que se incluye los servicios de salud (14).

Con lo expresado anteriormente se quiere poner de manifiesto la relevancia de considerar al niño como un sujeto de derecho, dueño de sus propios pensamientos y decisiones en torno a su vida. Por ello como promotores de salud se debe tener en cuenta lo ya expresado, para abordar al niño no sólo desde el punto de vista del Modelo Médico Hegemónico, sino considerando también aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y perceptivos.

## 5. Hipótesis

- En los niños y en las niñas con sobrepeso hay mayor subestimación en su percepción corporal real.
- En los niños y en las niñas con bajo peso hay mayor sobrestimación en su percepción corporal real.
- En los niños y en las niñas con obesidad es más frecuente la sensación de insatisfacción corporal, en relación con su percepción corporal deseada.
- En los niños y en las niñas con bajo peso es más frecuente la sensación de satisfacción corporal, en relación con su percepción corporal deseada.

## 6. Variables:

- Edad
- Sexo
- Percepción corporal real
- Percepción corporal deseada
- Satisfacción con la imagen corporal
- Estado nutricional
- Percepción corporal real según Estado Nutricional
- Percepción corporal deseada según Estado Nutricional

## **7. Diseño metodológico**

### **7.1. Tipo de estudio**

Estudio cuantitativo de carácter descriptivo observacional y de diseño transversal, ya que, se recolectaron datos en un solo momento, se describieron variables y se analizó su incidencia e interrelación en un momento dado (36).

### **7.2. Población y muestra**

#### **7.2.1. Población**

Todos los niños entre 10 y 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la escuela primaria pública provincial Marta Juana González del B° Villa Libertador de la ciudad de Córdoba en el año 2017.

#### **7.2.2. Muestra**

Estuvo conformada por 59 niños que asintieron voluntariamente a participar, de 5° y 6° grado, entre 10 y 13 años, de la escuela primaria pública provincial Marta Juana González. La muestra fue de tipo no probabilística seleccionada por conveniencia en función de las características de la investigación y el contacto con el establecimiento (36).

### **7.3. Criterios de inclusión**

- Asistencia a 5° y 6° grado de la Escuela Marta Juana González.
- Aceptación de manera voluntaria a la participación del estudio por parte del niño y del padre, madre o tutor.

### **7.4. Criterios de exclusión:**

- Que el niño o su responsable adulto no acepte participar.
- Información incompleta acerca de alguna de las variables, dada por dificultades durante la recolección de datos.

## 7.5. Definición y operacionalización de variables

### **Sexo:**

Definición: “Condición orgánica, masculina y femenina” (37).

Tipo de variable: Categórica nominal

Indicador: Sexo

- Categorización:
  - 1) Masculino
  - 2) Femenino

### **Edad:**

Definición: “Tiempo que ha vivido una persona, en años” (37).

Tipo de variable: Cuantitativa continua

### **Percepción corporal real:**

Definición: “Construcción de estructuras perceptuales, mediadas por estímulos, funciones de órganos sensoriales y la selección de significados sobre su cuerpo”(5).

Tipo de variable: Categórica ordinal

Indicador: figura corporal percibida por el niño. Se utilizó una herramienta gráfica elaborada y validada para niños mexicanos, empleada en el estudio “Cuerpo, imagen y saberes alimentarios en infantes oaxaqueños, México: un primer acercamiento” (2). La misma presentó 5 modelos anatómicos para niños y niñas categorizados a continuación (Anexo 2).

- Categorización para ambos sexos:
  - 1) Bajo peso
  - 2) Riesgo de bajo peso
  - 3) Normal
  - 4) Sobrepeso
  - 5) Obesidad

## **Percepción corporal deseada**

Definición: “Constructo psicológico acerca de un cuerpo ideal, que refleja el grado de satisfacción con nuestra figura y las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo”(38).

Tipo de variable: Categórica ordinal

Indicador: figura corporal deseada por el niño. Se utilizó una herramienta gráfica elaborada y validada para niños mexicanos, empleada en el estudio “Cuerpo, imagen y saberes alimentarios en infantes oaxaqueños, México: un primer acercamiento” (2). La misma presentó 5 modelos anatómicos para niños y niñas categorizados a continuación (Anexo 2).

- Categorización para ambos sexos:
  - 1) Bajo Peso
  - 2) Riesgo de bajo peso
  - 3) Normal
  - 4) Sobrepeso
  - 5) Obesidad

## **Satisfacción de la imagen corporal**

Definición: “La discrepancia entre la percepción de la imagen corporal real y de la deseada.”

- Categorización:
  - 1) Satisfecho: Incluye a los niños que perciben una imagen corporal real acorde a su imagen corporal deseada.
  - 2) No satisfecho: Incluye a los niños que perciben una imagen corporal real que difiere de su imagen corporal deseada.

## Estado nutricional

Definición: “Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos” (9).

Tipo de variable: Categórica ordinal

Indicador: IMC

El Índice de Masa Corporal relaciona el peso con el cuadrado de la talla; mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Fórmula IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}^2$$

- Categorización para ambos sexos (OMS,2007): (39)
  - 1) Bajo peso: percentiles  $\leq 3$
  - 2) Riesgo de bajo peso: percentiles  $> 3$  y  $\leq 10$
  - 3) Normal: percentiles  $> 10$  y  $\leq 85$
  - 4) Sobrepeso: percentiles  $> 85$  y  $\leq 97$
  - 5) Obesidad: percentiles  $> 97$

## Percepción corporal real según el estado nutricional

Dato obtenido a partir del análisis de la información acerca del estado nutricional (EN) de los niños (según IMC) y su percepción corporal real en la herramienta de modelos anatómicos (2).

- Categorización:
  - 1) Correcta: incluye los niños que perciban una categoría de EN igual al real.
  - 2) Incorrecta: incluye los niños que perciban una categoría de EN diferente al real.

## Percepción corporal deseada según el estado nutricional

Dato obtenido a partir del análisis de la información acerca del estado nutricional y la satisfacción corporal en la herramienta de modelos anatómicos (2).

- Categorización:
  - 1) Satisfecho: Incluye a los niños/as que perciban una imagen corporal deseada acorde a su estado nutricional.
  - 2) No satisfecho: Incluye a los niños/as que perciban una imagen corporal deseada que difiere de su estado nutricional.

### 7.6. Aspectos éticos

Se entregó a los padres y/o tutores de todos los niños un documento que constaba de un consentimiento informado dirigido a los padres como así también un asentimiento para los niños, que garantizó el respeto de los derechos de los niños durante la realización del estudio. El mismo contenía información detallada acerca del mismo, responsables de su realización, por qué era importante realizarlo, cuáles eran los objetivos, sus beneficios y sus posibles riesgos. Los padres debieron firmar el consentimiento y los niños el asentimiento, de manera autónoma, para expresar su participación voluntaria; igualmente sea cual fuere su respuesta pudieron retirarse o adherirse en el momento que lo deseaban.

Además durante toda la realización del estudio estuvieron presentes las “Reglas Morales de Bioética”:

- Confidencialidad: en cuanto al manejo de datos proporcionados por los niños, como también obtenidos a partir de medidas antropométricas; fueron tratados cuidadosamente y no revelados respetando su privacidad.
- Veracidad: en cuanto a la descripción detallada del estudio, cómo se realizó y los efectos que pudo desencadenar; todo lo anterior fue fidedigno y verdadero.
- Consentimiento Informado: descrito anteriormente. El cual demostró la adhesión, o no, libre y racional a la investigación (Anexo 1).

Como también, la investigación estuvo basada en los principios fundamentales de la ética: autonomía, beneficencia y justicia.

### 7.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para esta investigación se implementó una herramienta gráfica utilizada en el estudio: “Cuerpo, imagen y saberes alimentarios en infantes oaxaqueños, México: un primer acercamiento” (2) realizado en niños escolares entre 8 y 12 años para valorar la imagen corporal percibida y deseada. Dicha herramienta gráfica presentaba cinco figuras de niños y cinco figuras de niñas (llamados también modelos anatómicos) que representaban las siguientes categorías: delgadez severa, delgadez, normal, sobrepeso y obesidad (Anexo 2).

Como indicador directo del estado nutricional, se utilizó la Antropometría, que se ocupa de medir las dimensiones del cuerpo humano en diferentes edades y grados de nutrición; dichas medidas son objetivas, de bajo costo y de fácil obtención. Los datos se registraron en una planilla (Anexo 3). En este caso se utilizaron las siguientes mediciones:

- *Peso*: el peso de un niño es un punto determinado del tiempo y representa la suma de su crecimiento cúbico y lineal alcanzado. Técnica de medición: los niños fueron pesados con el mínimo de ropa y sin zapatos, utilizando una báscula mecánica marca Roma con precisión de 100 gramos y un capacidad máxima de 150 kg, la cual estaba ubicada en el piso y el niño estaba parado en el centro de la plataforma (40).
- *Talla*: es el crecimiento lineal alcanzado y refleja la historia nutricional del niño. Técnica de medición: se midió con el altímetro de la báscula marca Roma, con rango de medición de 1,10 mts a 2 mts y precisión de 1cm. Se midió al niño de pie sobre la báscula y de espalda a la misma, sin zapatos. El niño permaneció en posición erguida y sus pies estaban con los talones juntos formando un ángulo de 45°; se aplicó tracción ligera a la cabeza, hacia arriba con la mano izquierda, mientras que con la derecha se descendió el altímetro hasta la coronilla y se tomó la medida (40).
- *IMC*: es un indicador muy usado en adultos y adolescentes, un elemento diagnóstico y pronóstico práctico de fácil realización. En niños y adolescentes se cuenta con tablas percentilares que permiten la evaluación del estado nutricional. En este estudio se implementaron las referencias de la OMS (2006) (Anexo 4). El Índice de Masa Corporal relaciona el peso con el cuadrado de la talla; mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Fórmula IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Peso (Kg)}/\text{Talla (m)}^2$$

### 7.8. Plan de análisis de datos

Para el ordenamiento de los datos recolectados durante las encuestas realizadas a los niños se diseñó una base de datos en Microsoft Excel.

Se ordenaron los datos y tratarlos analíticamente se elaboraron tablas de frecuencia (frecuencia absoluta y relativa).

Se utilizó estadística descriptiva, para obtener las frecuencias de todas las variables, excepto la variable edad a la cual se aplicaron las siguientes medidas de resumen: Media (de posición) y desvío estándar (de dispersión).

Se cargaron los datos antropométricos de los niños en el software Anthroplus (41) para realizar los cálculos de IMC y percentilos y obtener así el estado nutricional de cada participante. Una vez finalizado el análisis, se llevó la información hacia Excel nuevamente.

Además se utilizó estadística inferencial mediante el software libre P.S.P.P donde se aplicó la prueba Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) con un 95% de confianza y un valor  $p=0,05$  para establecer si hubo asociación estadística significativa entre las variables: estado nutricional, percepción corporal real y satisfacción corporal.

En los casos en que hubo más del 20% de celdas en diversas categorías con valor  $n=0$ , en los cuales no se pudo aplicar la prueba estadística CHI Cuadrado de Pearson, se optó por realizar tablas de contingencia de “2x2” agrupando las categorías de estado nutricional, de percepción corporal real y percepción corporal deseada en:

- sin exceso (bajo peso, riesgo de bajo peso y normal) y
- con exceso (sobrepeso y obesidad),

para así calcular el CHI cuadrado con corrección de Yates como una opción estadística válida.

Para representar las variables, se utilizó para sexo un diagrama de sectores, para edad, estado nutricional, percepción corporal real y percepción corporal deseada gráficos de barras.

## 8. Resultados

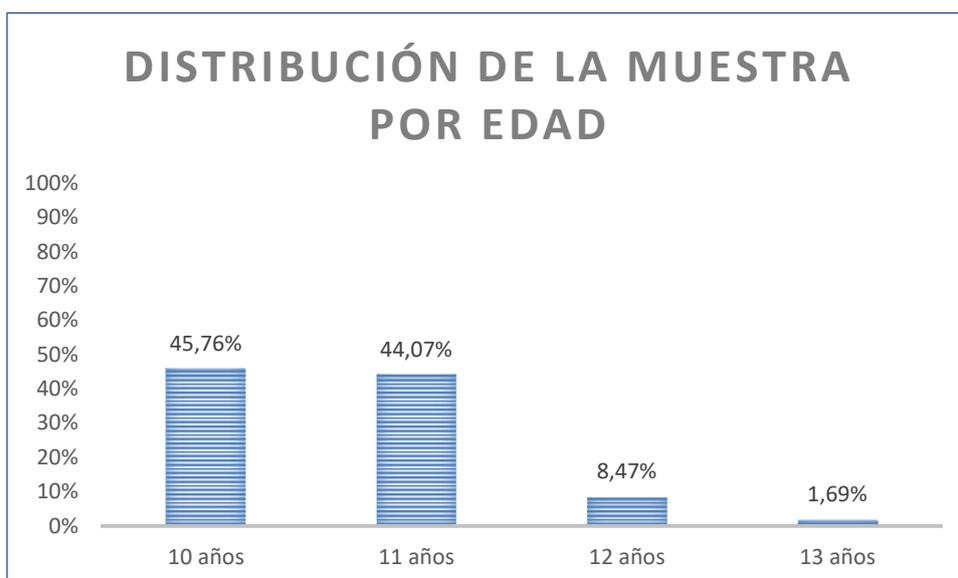
La muestra estuvo conformada por 59 niños que asisten a 5° y 6° grado de la escuela primaria pública Marta Juana González, Barrio Villa Libertador.

### 8.1. Distribución de la muestra por edad

La edad de los niños estuvo comprendida entre 10 y 13 años, con una media de 10,66 años y un desvío estándar de  $\pm 0,71$  años. Participaron del estudio un 45,76% (n=27) de niños de 10 años, un 44,07% (n=26) de 11 años, un 8,47% (n=5) de 12 años y un 1,69% (n=1) de 13 años.

(Gráfico 1)

**Gráfico 1:** *Distribución de la muestra por edad (en años)*



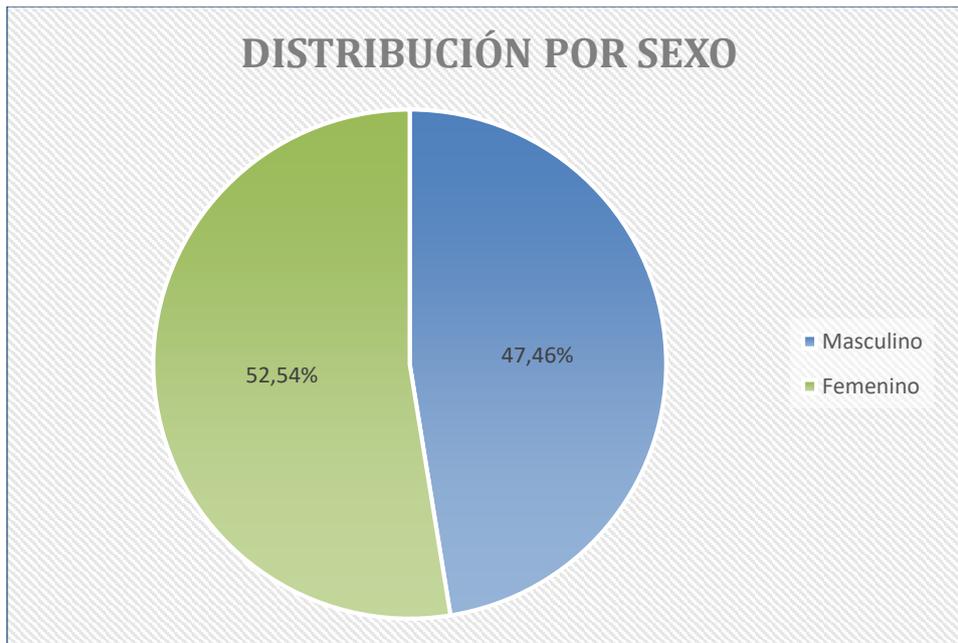
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 1 – Anexo 5)

## 8.2. Distribución de la muestra por sexo

En cuanto al sexo, la muestra estuvo conformada por un 52,54% (n=31) de mujeres y un 47,46% (n=28) de varones.

(Gráfico 2)

**Gráfico N°2:** *Distribución de la muestra por sexo (femenino-masculino)*



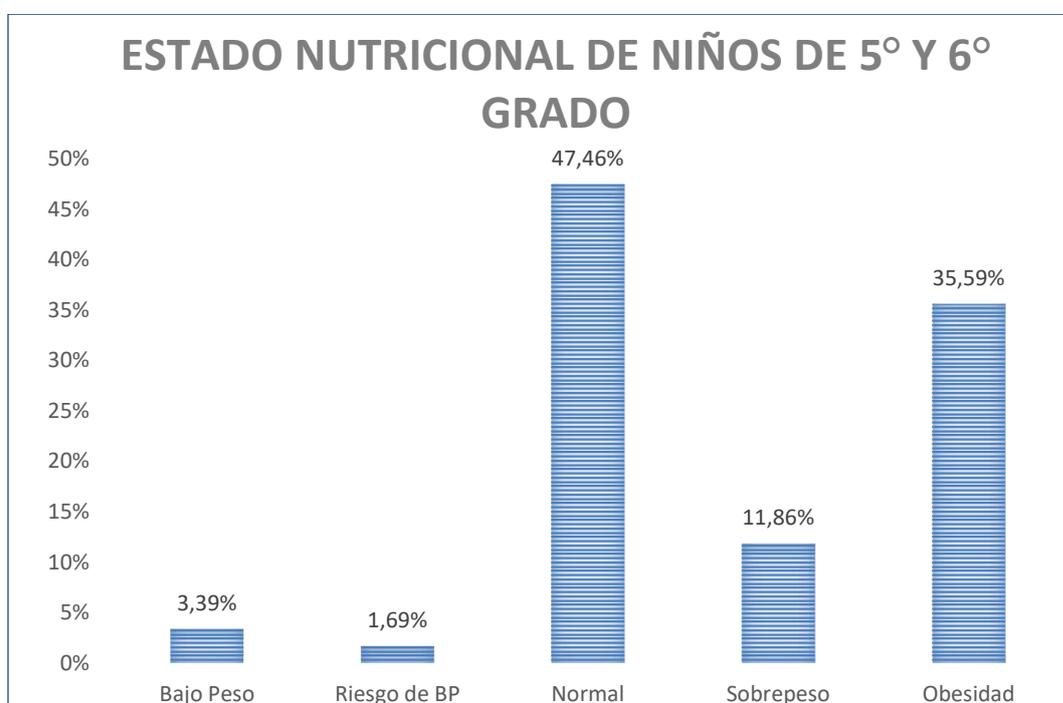
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 2 – Anexo 6)

### 8.3. Distribución de la muestra según estado nutricional

Con respecto al estado nutricional de los niños, a partir de su peso, talla e IMC, se observó del total de la muestra, un 3,39% (n=2) con bajo peso, 1,69% (n=1) con riesgo de bajo peso, 47,46% (n=28) con estado nutricional normal, 11,86% (n=7) con sobrepeso y 35,59% (n=21) con obesidad.

(Gráfico 3)

**Gráfico 3:** *Distribución de la muestra según estado nutricional*

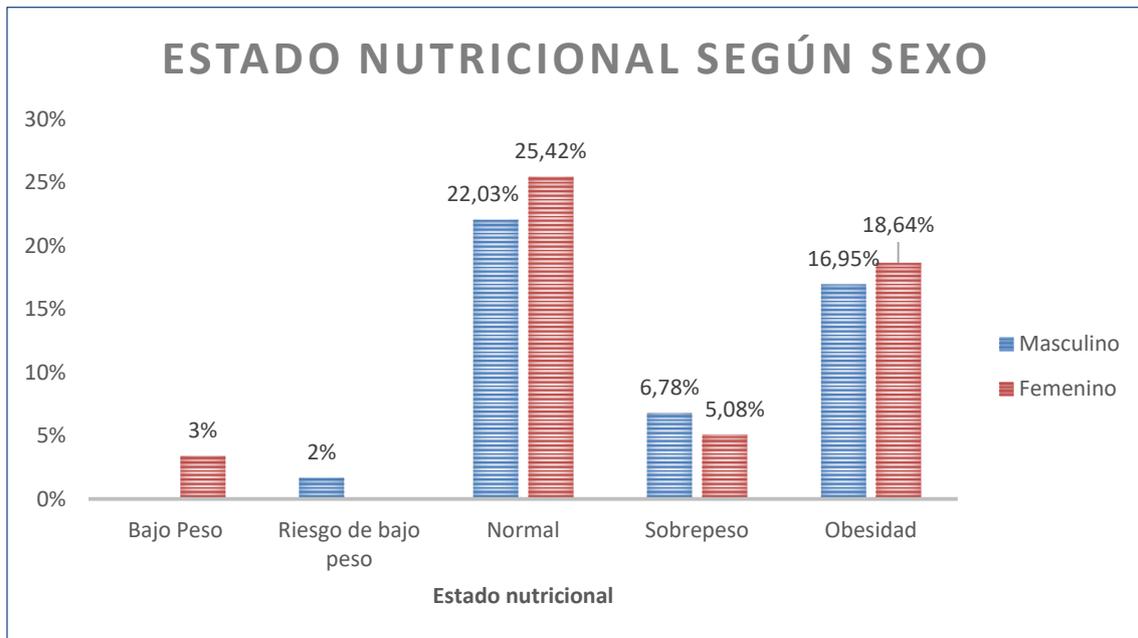


Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 3 – Anexo 7)

Se observó la distribución del estado nutricional de los escolares según sexo, donde se evidenció que el número de niñas fue mayor en las categorías más prevalente (normal y obesidad) mientras que en sobrepeso fueron los niños.

(Gráfico 4)

**Gráfico 4:** Distribución de la muestra según estado nutricional por sexo



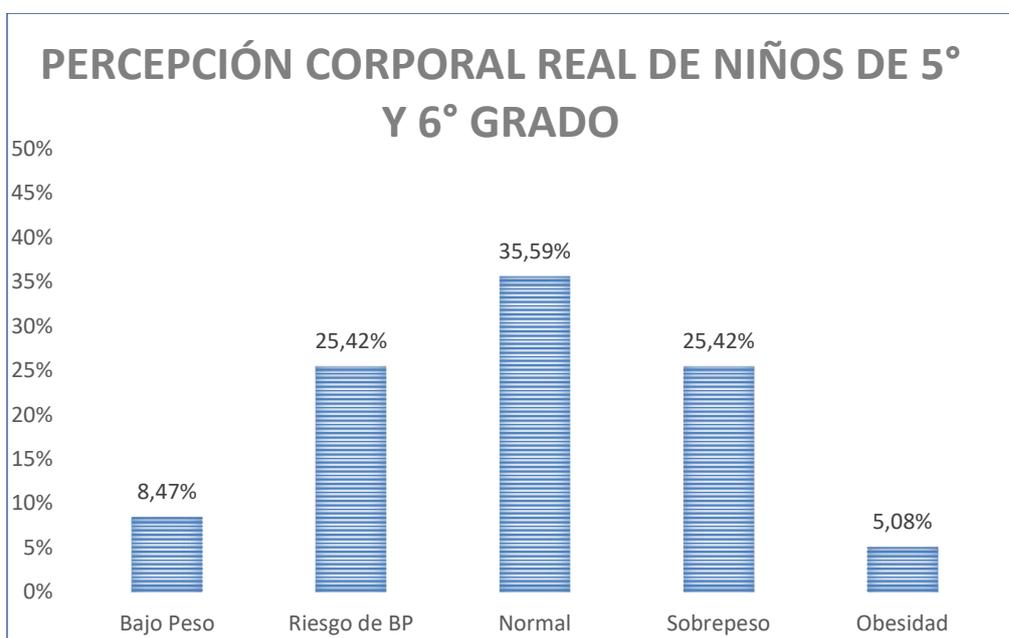
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 4 – Anexo 8)

#### 8.4. Distribución de la muestra según Percepción Corporal Real

En cuanto a la percepción corporal real de cada uno de los niños, a partir de la encuesta realizada se observó que la mayoría se percibió con un estado nutricional normal (35,59%, n=21), seguido del riesgo de bajo peso y sobrepeso con igual frecuencia (25,42%, n=15).

(Gráfico 5)

**Gráfico 5:** Descripción de la muestra según Percepción corporal real



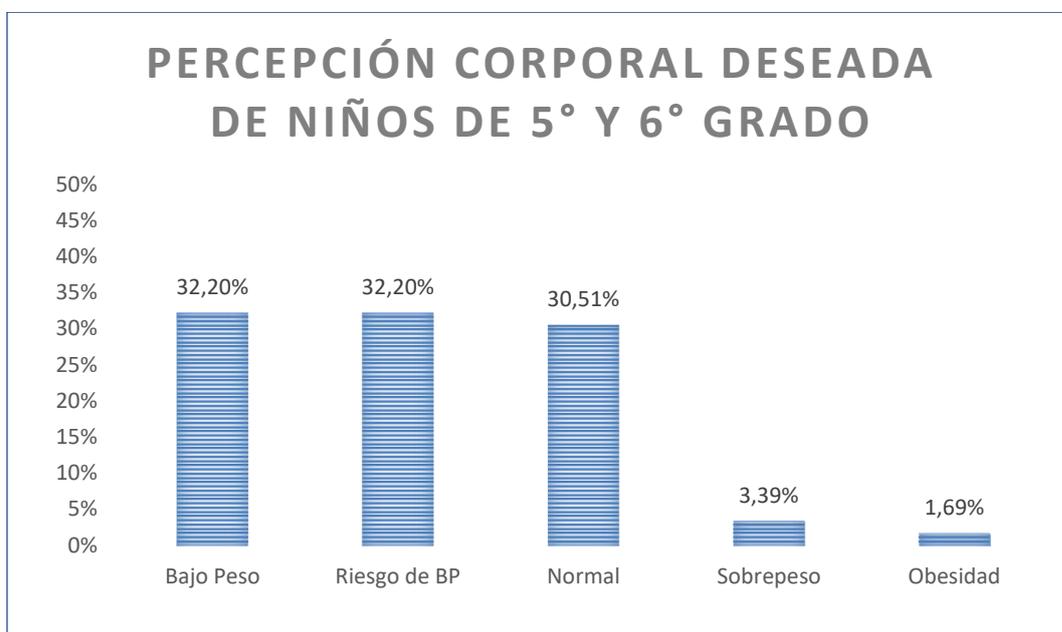
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 5 – Anexo 9)

### 8.5. Distribución de la muestra según Percepción Corporal Deseada

La percepción corporal deseada, resultó que la mayoría de los niños deseó figuras sin exceso, como bajo peso (32,2%), riesgo de bajo peso (32,2%) y normal (30,51%). Habiendo una amplia diferencia con las figuras con exceso, sobrepeso (3,39%) y obesidad (1,69%).

(Gráfico 6)

**Gráfico 6:** Descripción de la muestra según Percepción corporal deseada



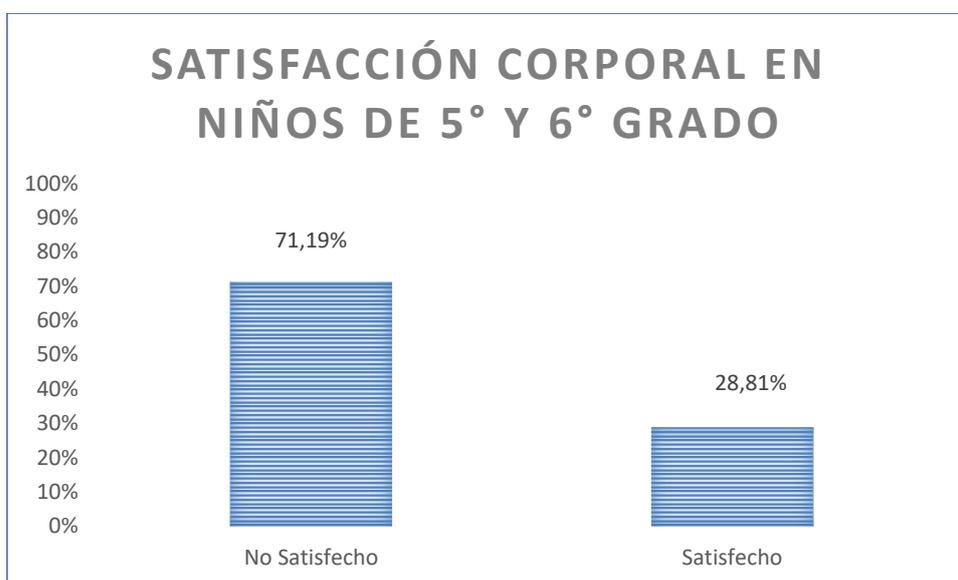
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 6 – Anexo 10)

## 8.6. Distribución de la muestra según Satisfacción Corporal

Con respecto a la satisfacción corporal, obtenida a partir de las variables percepción corporal real y percepción corporal deseada, se evidenció que la mayoría (71,19%) de los niños no está satisfecho con su cuerpo.

(Gráfico 7)

**Gráfico 7:** *Distribución de la muestra según Satisfacción corporal*



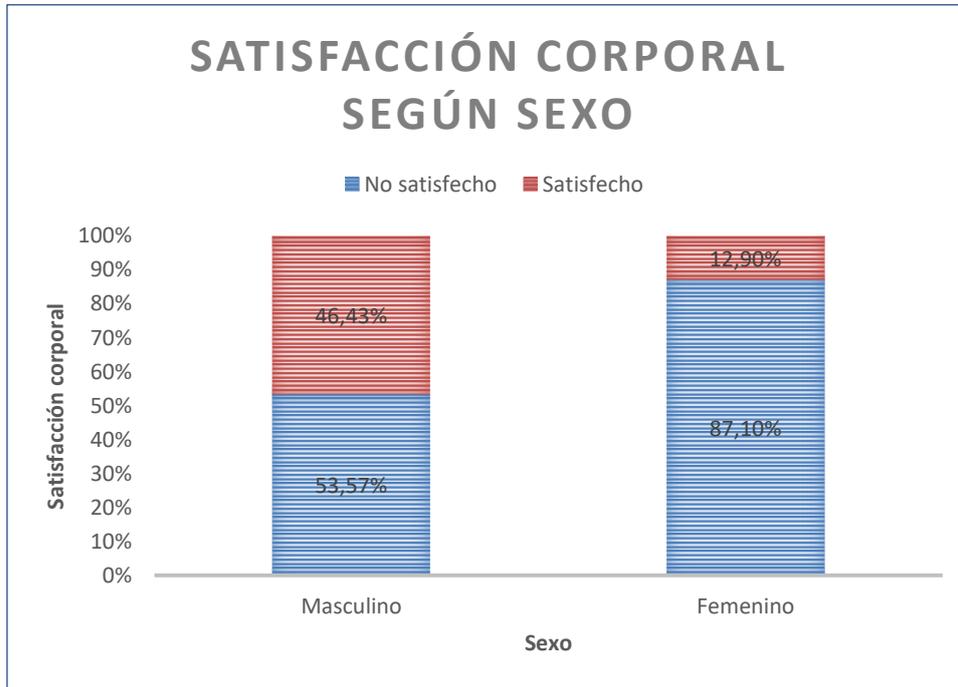
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 7 – Anexo 11)

Con respecto a los datos anteriores, diferenciados por sexo, se observó que del total de escolares no satisfechos con su imagen corporal la mayoría fueron niñas (87,1%). Los niños mostraron una distribución más homogénea en cuanto a su satisfacción.

Se aplicó la prueba CHI cuadrado con corrección de Yates y se hallaron resultados estadísticamente significativos ( $p=0,0107$ ).

(Gráfico 8)

**Gráfico 8:** Distribución de la muestra según Satisfacción corporal diferenciado por sexo.



Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 8 – Anexo 12)

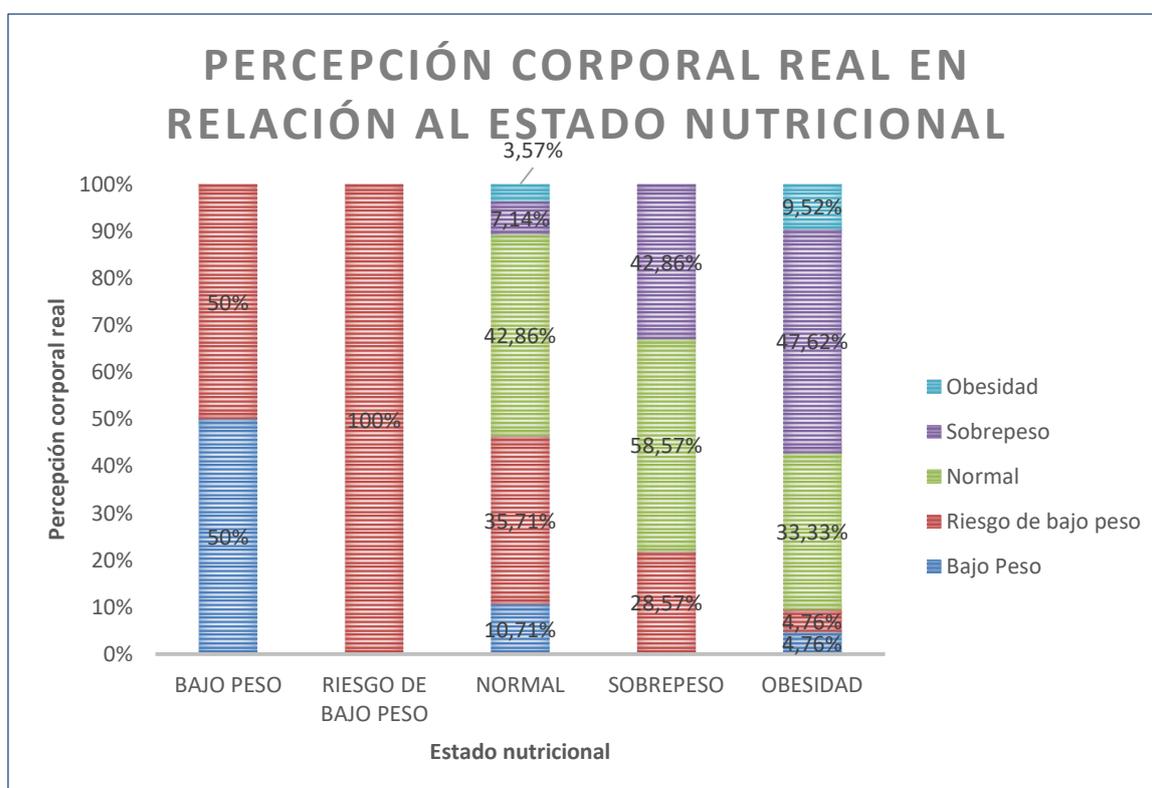
### 8.7. Percepción corporal real según estado nutricional de la población

De los niños con estado nutricional normal (n=28), la mayoría se percibió de dicha manera (42,86%), seguido de un 35,71% que lo hizo con riesgo de bajo peso.

De los niños con sobrepeso, la mayoría se percibió con estado nutricional normal (58,57%) y un 42,86% con sobrepeso.

Los niños con obesidad se percibieron mayormente con sobrepeso (47,62%), seguido de estado nutricional normal (33,33%).

**Gráfico 9:** *Relación entre percepción corporal real y estado nutricional*

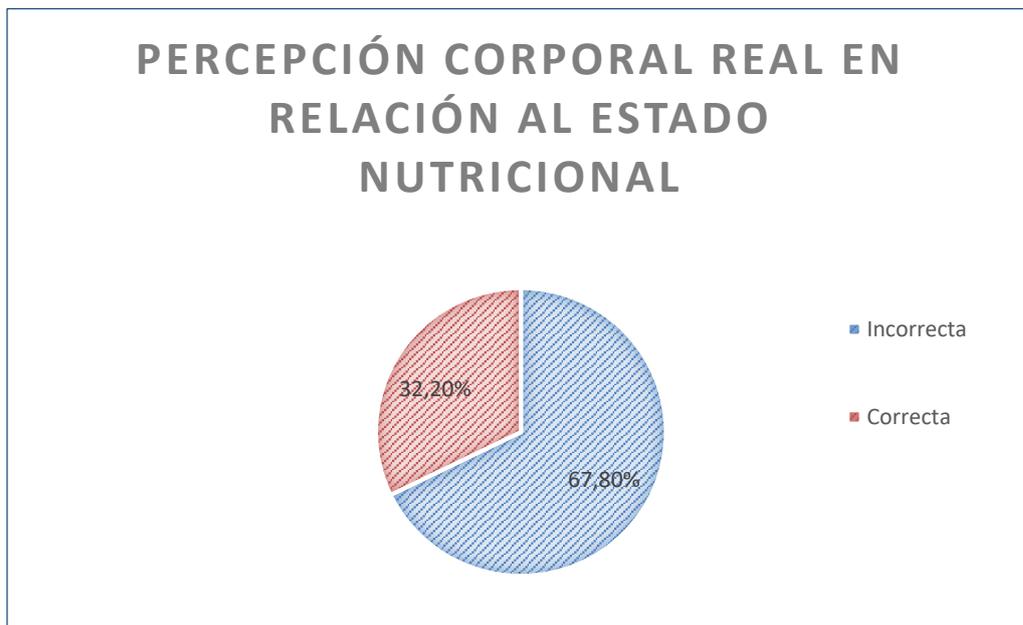


Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 9 – Anexo 13)

Se reagruparon los datos clasificando como “percepción incorrecta” a aquellos niños cuya percepción corporal era diferente a su estado nutricional real y, por lo tanto, como “percepción correcta” a aquellos que coincidía. La mayoría se percibió de manera incorrecta (67,8%).

(Gráfico 10)

**Gráfico 10:** Descripción de la muestra según percepción corporal real (correcta e incorrecta)



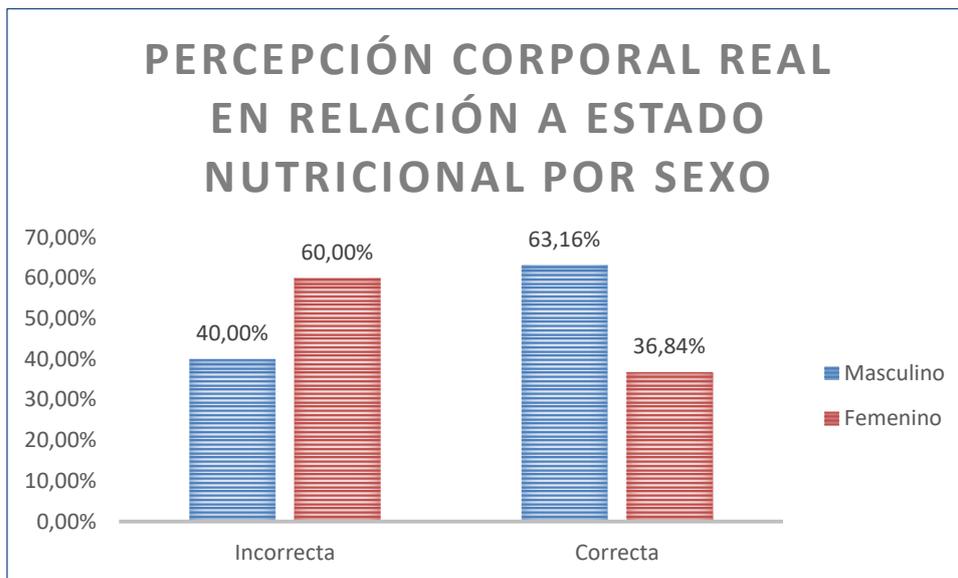
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 10 – Anexo 14)

Dicho análisis, separado por sexo, evidenció que la percepción incorrecta fue más frecuente en mujeres (60%) y la correcta en varones (63,16%).

Se aplicó la prueba CHI cuadrado con corrección de Yates y no se hallaron resultados estadísticamente significativos ( $p=0,1659$ ).

(Gráfico 11)

**Gráfico 11:** *Percepción corporal real en relación al estado nutricional (correcta e incorrecta) por sexo.*



Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 11 – Anexo 15)

Por la dispersión de los datos se analizó mediante tablas de contingencia de “2x2” agrupando las categorías de estado nutricional y de percepción real en:

- sin exceso (bajo peso, riesgo de bajo peso y normal) y
- con exceso (sobrepeso y obesidad).

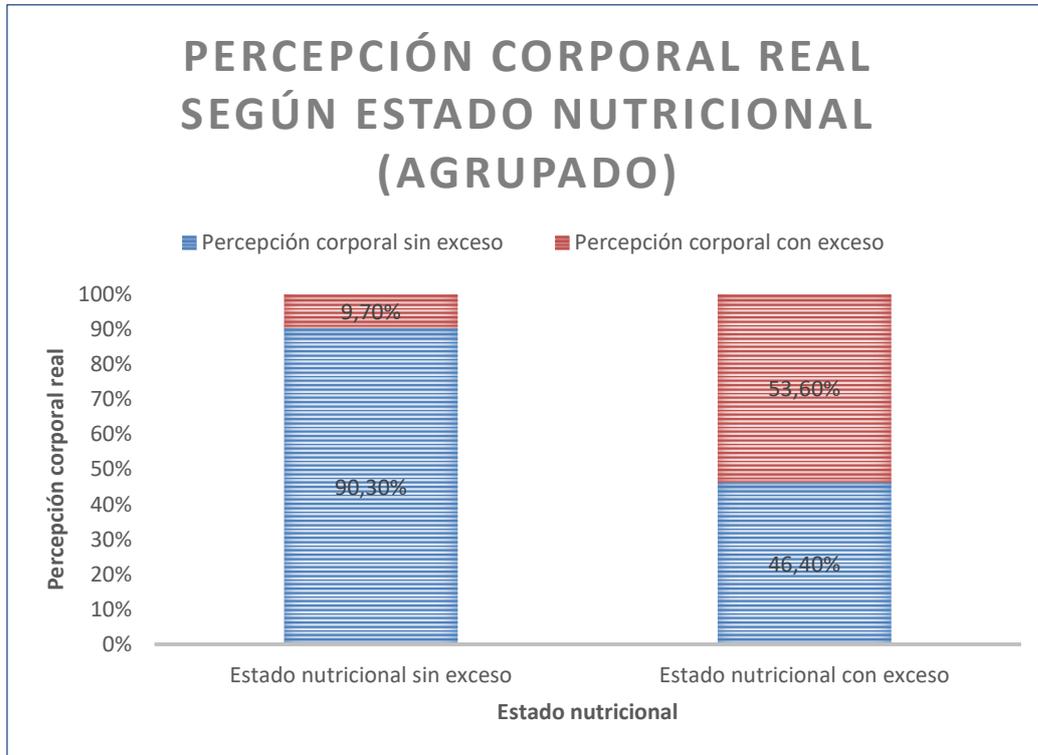
Se evidenció que del total de niños con un estado nutricional sin exceso, la mayoría se percibió sin exceso (90,3%).

De los niños con exceso, la mayoría se percibió de esa manera (53,6%) y un 46,40% sin exceso.

Se hallaron resultados estadísticamente significativos ( $p=0,0007$ ).

(Gráfico 12)

**Gráfico 12:** *Percepción corporal real en relación el estado nutricional (agrupado)*



Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 12 – Anexo 16)

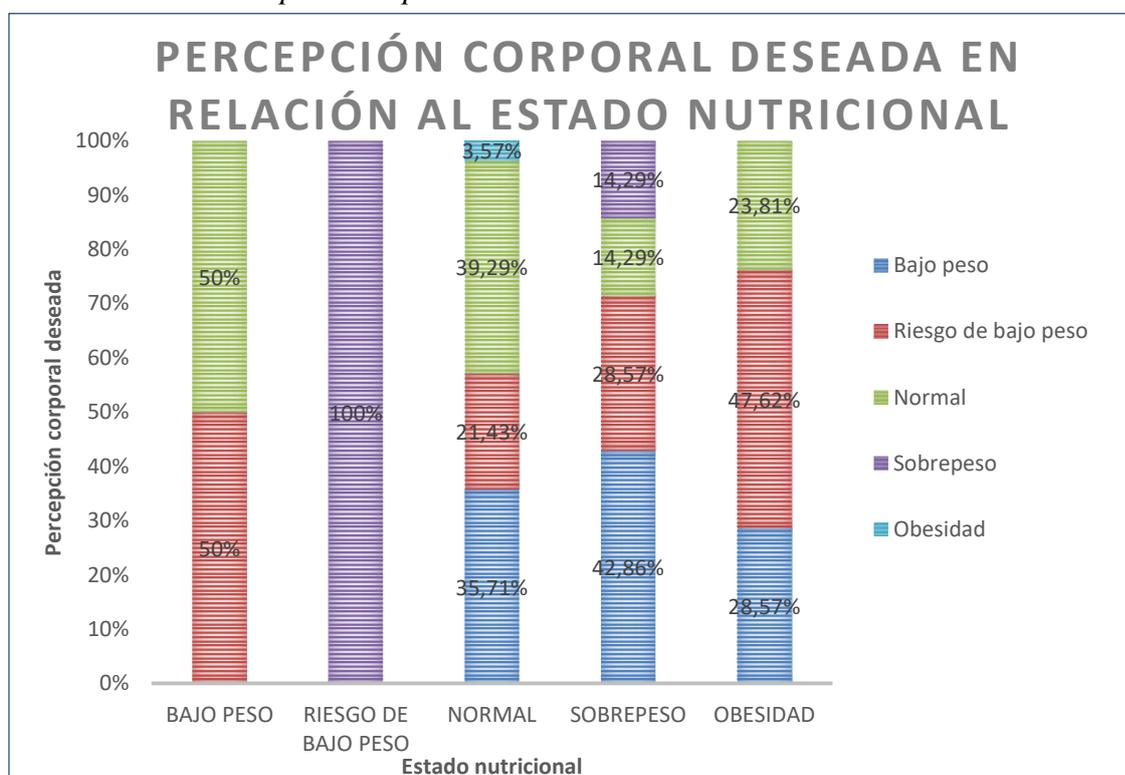
### 8.8. Percepción corporal deseada en relación al estado nutricional de la población

De todos los niños con bajo peso (n=2) un 50% (n=1) deseó una figura con riesgo de bajo peso y un 50% (n=1) normal; el niño con riesgo de bajo peso (n=1) deseó un cuerpo con sobrepeso.

Los niños con estado nutricional normal (n=28), la mayoría desearon un cuerpo normal (39,29%), seguido de un 35,71% que deseó bajo peso. De los niños con sobrepeso, la mayoría deseó un cuerpo con bajo peso (42,86%) y en los niños con obesidad fue más frecuentes el deseo de una figura con riesgo de bajo peso (47,62%).

(Gráfico 13)

**Gráfico 13:** *Percepción corporal deseada en relación el estado nutricional*



Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 13 – Anexo 17)

Por la dispersión de los datos se analizó mediante tablas de contingencia de “2x2” agrupando las categorías de estado nutricional y percepción corporal deseada en:

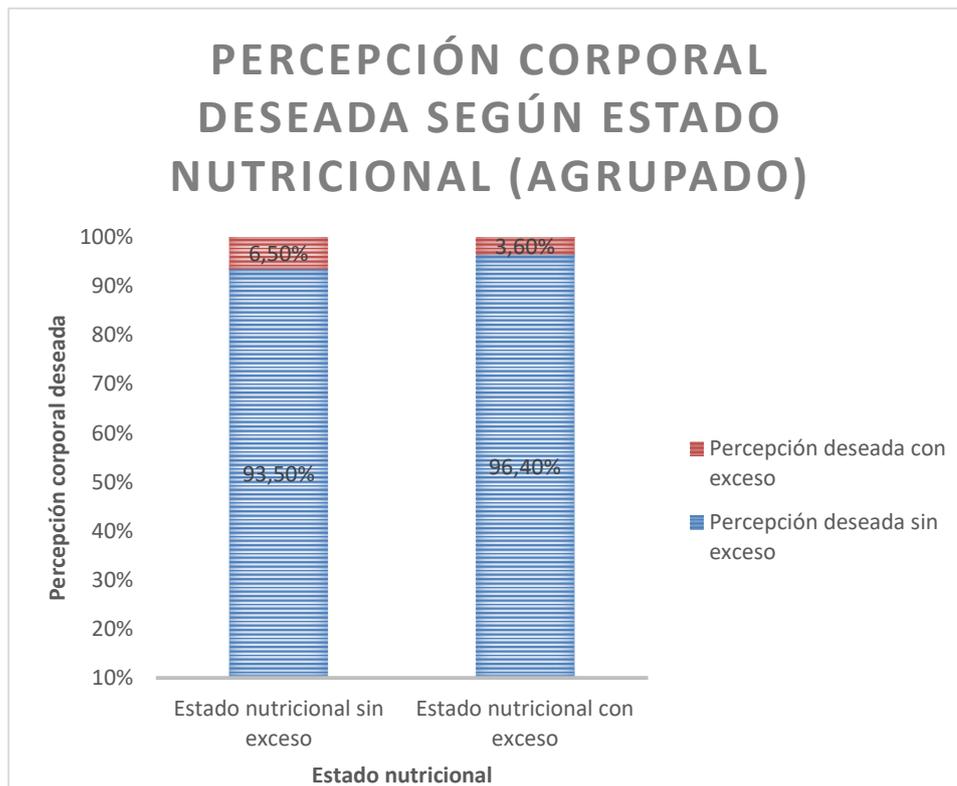
- sin exceso (bajo peso, riesgo de bajo peso y normal) y
- con exceso (sobrepeso y obesidad).

Se observó que de los escolares con exceso y sin exceso, la mayoría deseó una figura sin exceso.

No se hallaron resultados estadísticamente significativos ( $p=0,9279$ ).

(Gráfico 14)

**Gráfico 14:** *Percepción corporal deseada en relación al estado nutricional (agrupado)*



Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 14 – Anexo 18)

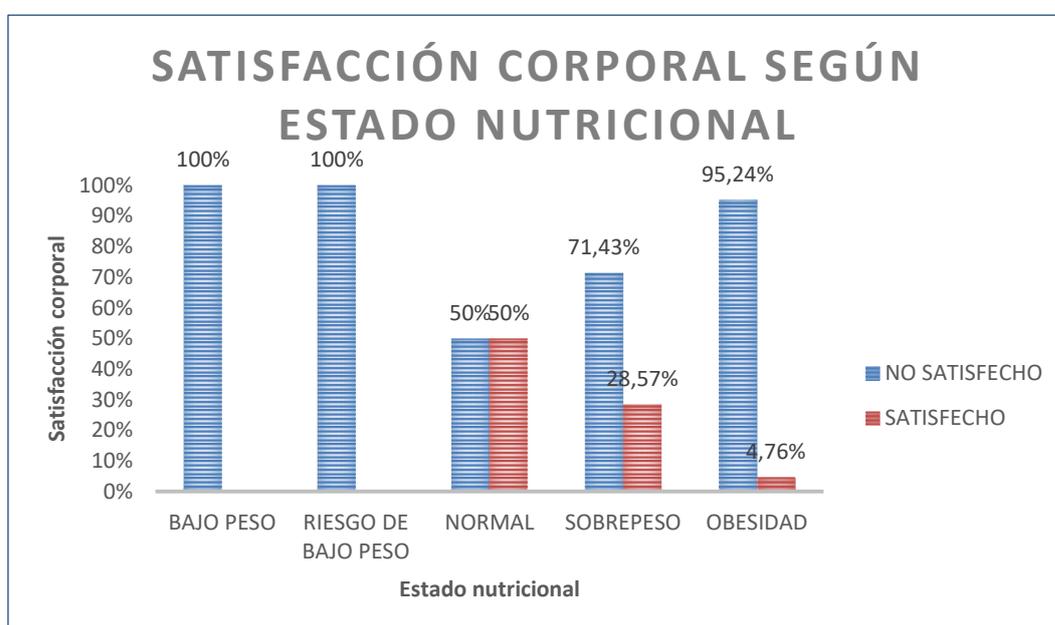
### 8.9. Satisfacción corporal en relación el estado nutricional de los niños

Se observó que la totalidad de los niños con bajo peso y riesgo de bajo peso no están satisfechos con su imagen corporal. La mayoría de los niños con sobrepeso (71,43%) y obesidad (95,24%) manifestó no estar satisfecho con su imagen.

Los niños con estado nutricional normal mostraron igual distribución en la satisfacción e insatisfacción con su imagen.

(Gráfico 15)

**Gráfico 15:** *Relación entre satisfacción corporal y estado nutricional*



Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 15 – Anexo 19)

Por la dispersión de los datos se analizó mediante tablas de contingencia de “2x2” agrupando las categorías de estado nutricional en:

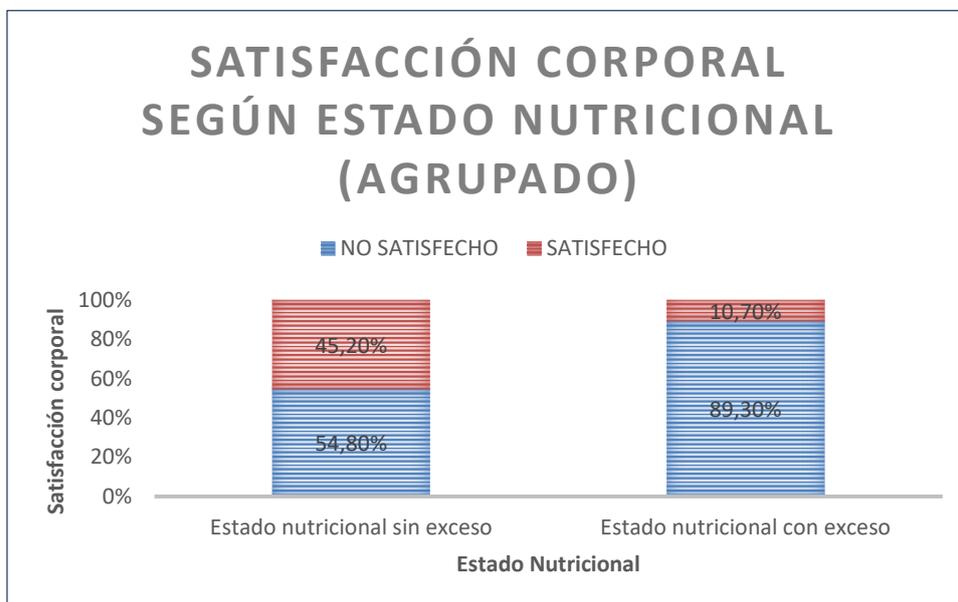
- sin exceso (bajo peso, riesgo de bajo peso y normal) y
- con exceso (sobrepeso y obesidad).

Se observó que del total de escolares con estado nutricional con exceso la mayoría no estuvo satisfecho con su imagen corporal (89,3%). Los niños con estado nutricional sin exceso, manifestaron una distribución más homogénea entre satisfechos y no satisfechos (45,2% y 54,8%, respectivamente).

Se hallaron resultados estadísticamente significativos ( $p=0,0086$ ).

(Gráfico 16)

**Gráfico 16:** Satisfacción corporal según estado nutricional (agrupado)



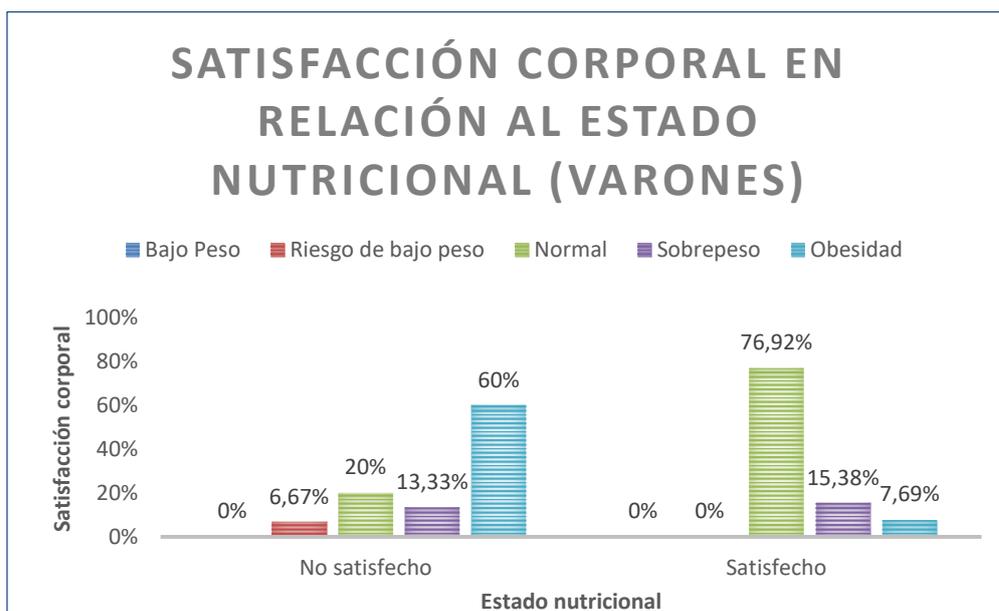
Fuente: Elaboración propia en muestra de 59 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 16 – Anexo 20)

Se analizó lo anterior diferenciado por sexo y se observó que del total de niños (sexo masculino) que no estuvieron satisfechos con su cuerpo, la mayoría presentaba obesidad (60%); y de los que estuvieron satisfechos un 76,92% presentaba un estado nutricional normal.

La totalidad de niñas (sexo femenino) satisfechas con su cuerpo presentaron un estado nutricional normal y las no satisfechas, presentaron igual frecuencia aquellas con obesidad (41%) y estado nutricional normal (41%)

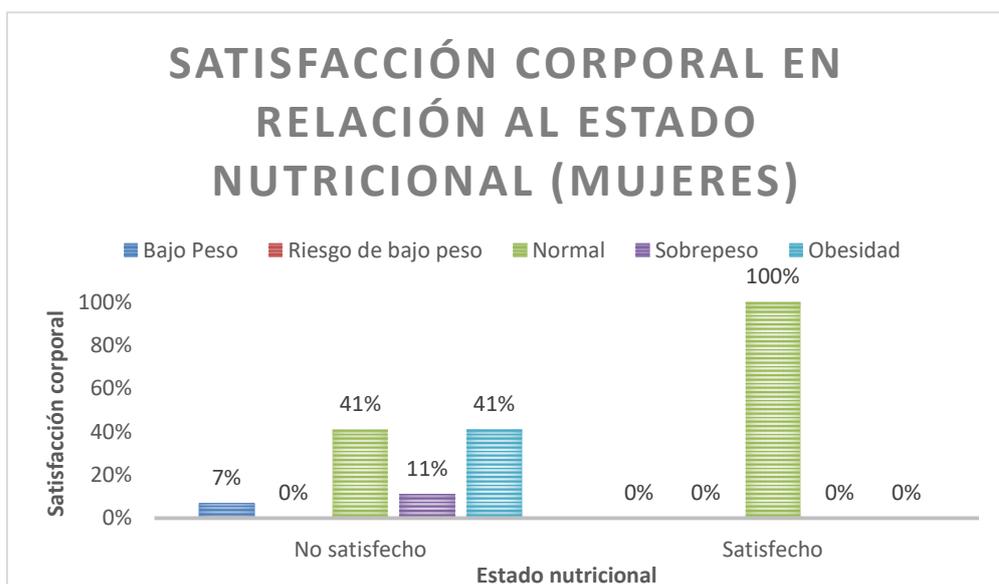
(Gráficos 17 – 18)

**Gráfico 17:** Satisfacción corporal en relación al estado nutricional (sexo masculino)



Fuente: Elaboración propia en muestra de 28 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 17 – Anexo 21)

**Gráfico 18:** Satisfacción corporal en relación al estado nutricional (sexo femenino)



Fuente: Elaboración propia en muestra de 31 niñas de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 18 – Anexo 22)

Por la dispersión de los datos se analizó a través de tablas de contingencia de “2x2” agrupando las categorías de estado nutricional en:

- sin exceso (bajo peso, riesgo de bajo peso y normal) y
- con exceso (sobrepeso y obesidad).

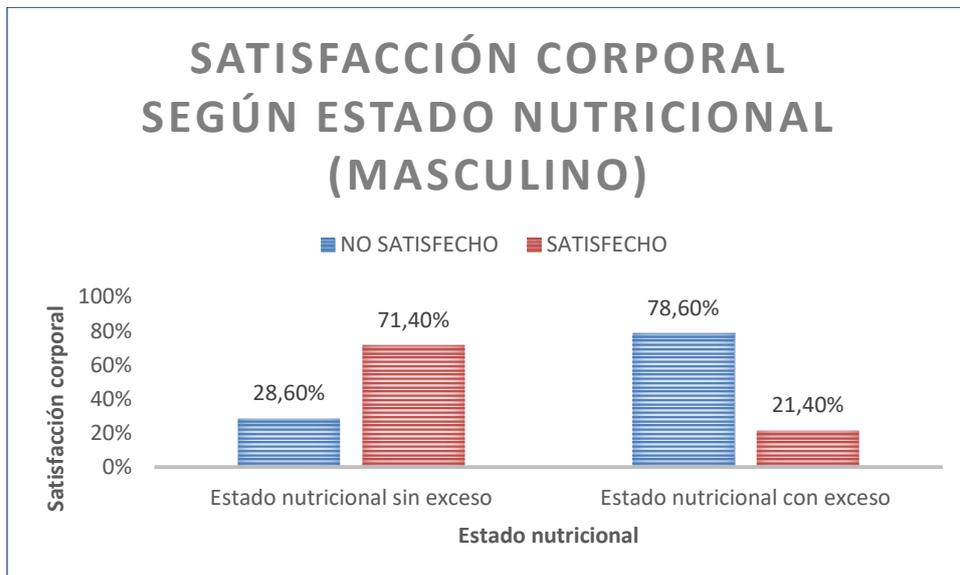
Se observó que del total de niños “sin exceso” la mayoría estuvo satisfecho (71,4%) y de los niños con exceso la mayoría no satisfecho (78,6%).

La totalidad de niñas con exceso expresó estar no satisfecha con su imagen corporal y de aquellas sin exceso la mayoría no estuvo satisfecha (75%).

Se hallaron resultados estadísticamente significativos para ambos sexos ( $p=0,0230$  y  $p=0,0213$ ).

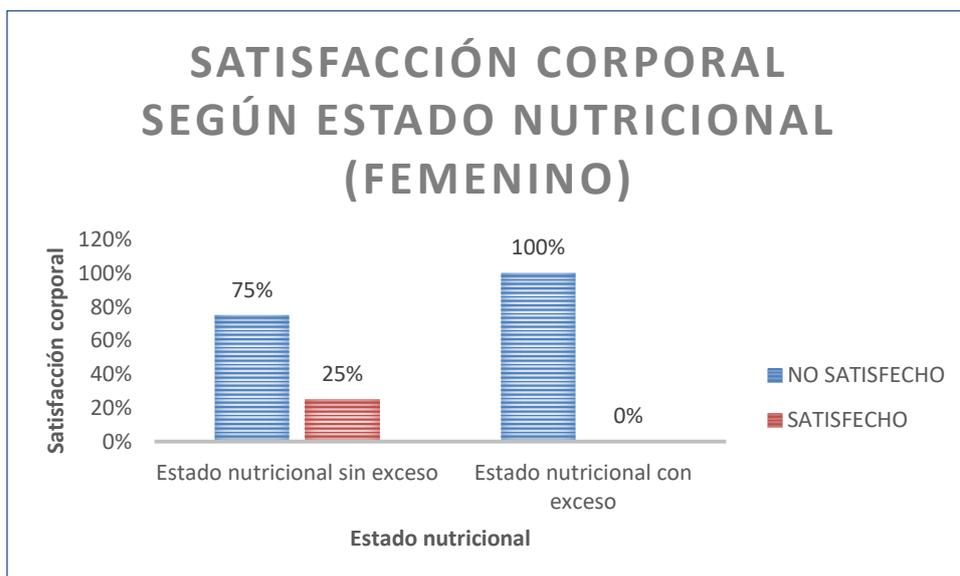
(Gráficos 19 y 20)

**Gráfico 19:** Satisfacción corporal según estado nutricional (agrupado) en sexo masculino



Fuente: Elaboración propia en muestra de 28 niños de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 19 – Anexo 23)

**Gráfico 20:** Satisfacción corporal según estado nutricional (agrupado) en sexo femenino



Fuente: Elaboración propia en muestra de 31 niñas de 10 a 13 años que asisten a 5° y 6° grado de la Escuela Marta J. González (Tabla 20 – Anexo 24)

## 9. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal conocer la percepción y la satisfacción corporal en relación con el estado nutricional de niños de 5° y 6° grado de la escuela primaria pública provincial Marta Juana González del B° Villa El Libertador de la ciudad de Córdoba en el año 2007.

Estuvo orientada a percibir al niño de manera integral en todo lo que respecta a su salud, otorgándole protagonismo sobre aspectos relacionados a su cuerpo y a su vida.

Se abordó el estado nutricional, la percepción corporal real y la deseada de los niños y reflejar algunos parámetros de la calidad de vida de los escolares.

En relación al estado nutricional, se evidenció que los porcentajes más bajos pertenecieron a los niños con bajo peso (3,39%) y riesgo de bajo peso (1,69%), si bien es una condición del niño que debe tenerse en cuenta y actuar para revertirla, esto es un reflejo de la disminución notable de la prevalencia de bajo peso y riesgo de bajo peso que se ha ido experimentando a lo largo del tiempo (1990-2015); la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura expresa cifras pertenecientes a Sudamérica que reflejan la disminución de la desnutrición crónica infantil en dicho período (21,3% a 9,9%) (10). También el Informe del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) realizado en Argentina evidencia sus porcentajes más bajos en emaciación (estado extremo de desnutrición) (2%) y en baja talla, referido como una consecuencia a largo plazo de una desnutrición crónica (2,6%) (12).

Con respecto a los niños con sobrepeso y obesidad (malnutrición por exceso) fueron encontrados porcentajes elevados en comparación a la malnutrición por déficit, un 11,86% de niños con sobrepeso y un 35,59% con obesidad. En comparación con otros estudios, estos porcentajes fueron más elevados en obesidad, y menores en sobrepeso. La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2012, realizada en niños de 13 a 15 años, indicó en Argentina un 28,6% de sobrepeso, mientras que en la población cordobesa se observa un 22,5%. Con respecto a la obesidad, dicha encuesta mostró un porcentaje de 5,9% (31).

El CESNI en su publicación “Hacia el mapa de la obesidad en Argentina”, encontró presente el sobrepeso y la obesidad en la población escolar (niños entre 6 y 12 años), con

porcentajes de 19% y 17,7% respectivamente (32). El PROSANE también refiere datos de niños escolares (entre 5 y 13 años) en Argentina, manifestando un 21,5% de sobrepeso y un 15,6% de obesidad (12).

En relación a los resultados de imagen corporal, se observó que fue más frecuente que los niños perciban su imagen real como de un estado nutricional normal (35,59%) al igual que lo hallazgos de otros estudios realizados en Jaén, España (en niños de 12 a 15 años) y en México (niños de 8 a 12 años), artículo del cual se tomó el instrumento para valorar la percepción de la imagen corporal; aunque dichas frecuencias fueron ampliamente mayores (75,7% y 54,83% respectivamente) (8, 2).

La cantidad de niños que percibieron su figura en estado de sobrepeso y obesidad (25,42% y 5,08% respectivamente) suman las cifras más bajas de percepción real en nuestro estudio, cumpliendo con la misma tendencia, tanto el estudio español (9,5% y 0%) como el mexicano (0% y 0%). Cabe destacar, que en estos estudios son cifras notablemente menores (8, 2).

La percepción con bajo peso o riesgo de bajo peso fue mucho más frecuente en nuestra investigación (33,89%) en comparación con los estudios de Jaén, España (14,9%) y México (16,12%) (8, 2).

Al vincular estos resultados con el estado nutricional actual de los niños, se vio que más de la mitad de los escolares se percibieron de manera incorrecta (67,8%); hallazgos similares al estudio de realizado en Jaén, España (77,7%) (8). Diferenciando por sexo, en nuestra investigación se pudo observar que de la totalidad de escolares que se auto perciben de manera incorrecta, la mayoría fueron niñas, mientras que del total que se perciben de forma correcta, fueron niños. Esta situación de mayor vulnerabilidad de las niñas, se observó también en otros estudios sobre imagen corporal (3).

A partir de la aplicación de la prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates, se concluye que no hay asociación entre las variables percepción corporal real y estado nutricional por sexo. No obstante, sí se hallaron resultados estadísticamente significativos entre las variables percepción corporal real y estado nutricional agrupado.

Con respecto a la relación entre percepción corporal real y estado nutricional de los niños, se observó, que si bien el estado nutricional real de bajo peso y riesgo de bajo peso fue

de 3,39% y 1,69% respectivamente, la percepción de bajo peso y riesgo fue mucho más prevalente (8,47% y 25,42%) en nuestra investigación; situación que fue similar en el estudio realizado en España donde se diagnosticaron 5,7% de niños con bajo peso y riesgo de bajo peso, mientras que la percepción en estas condiciones fue de 14,9%; como también en el estudio realizado en niños mexicanos en el que no hubo casos (0%) de bajo peso ni riesgo de bajo peso y sin embargo se percibieron de ese modo un 12,9% y 3,22% respectivamente (8, 2).

Se vio que si bien un 47,46% de los niños presentaba un estado nutricional normal, sólo un 35,59% se percibió de esa manera, resultado similar al estudio realizado en México, donde también la percepción (54,83%) fue menor a la cantidad de niños con tal estado nutricional (67,7%). Por el contrario, en el estudio realizado en Jaén, España la percepción de estado nutricional normal (75,7%) fue mayor que el estado nutricional real (73,3%), pero podemos destacar que se trata de valores sumamente similares por lo que se podría deducir una correcta percepción de la imagen corporal entre estos últimos niños (8, 2).

En nuestro estudio se observó un 11,86% de niños con sobrepeso, mientras que la percepción en dicho estado nutricional fue mucho mayor (25,42%), situación contraria al estudio realizado en España en el que un 10,8% de niños presentaban sobrepeso y la percepción de éste fue de 9,5%; como también en el estudio mexicano donde se encontró un 19,35% de sobrepeso y sin embargo ninguno de los niños se percibió en ese estado nutricional. Con respecto a la obesidad, se repite en los tres estudios en comparación, que los porcentajes de percepción de obesidad son mucho menores a la prevalencia de la misma en cada una de las poblaciones; tanto en el estudio realizado en México como en Jaén, España, un 0% de los niños se percibió como obeso habiendo niños en dicho estado nutricional (12,9% y 10% respectivamente), mientras que en nuestro estudio lo hizo un 5,08% (8, 2).

Con respecto al análisis de la percepción corporal deseada, en el estudio analizado de Jaén, España se evidenció que 16,9% desean tener una figura con bajo peso o riesgo de bajo peso, por otro lado el estudio mexicano observó que un 45,16% de niños deseaban alguna de estas figuras. En contraste con éstos, en nuestro estudio se encontró el porcentaje más alto, ya que un 64,4% de escolares desean figuras con bajo peso y riesgo de bajo peso, valor ampliamente mayor que en la población de Jaén y más cercano, pero mayor, que en México (8, 2)

Por el contrario, se observó en nuestro estudio que un 30,5% deseó un cuerpo normal mientras que, tanto en México (45,16%) como en Jaén, España (83,1%) se obtuvieron valores mucho mayores, destacando que este último superó la mitad de la muestra (8, 2). Con respecto a las figuras con exceso (sobrepeso y obesidad) en México y España, no contaron con ningún niño que las haya elegido; mientras que en nuestra investigación, un 3,39% de los niños expresó desear una figura con sobrepeso y un 1,69% con obesidad (8, 2).

Además, también se pudo analizar esta percepción corporal deseada en relación al estado nutricional de cada uno de los niños. En nuestro estudio un grupo formado por los niños con diagnóstico de bajo peso, deseó figuras con su mismo estado nutricional o normal. Luego aquellos con estado nutricional normal, si bien hubo un alto porcentaje que reflejó estar conforme con su figura, la mayoría de los niños deseó tener cuerpos más delgados (bajo peso y riesgo de bajo peso). Este patrón se reflejó también en aquellos niños con sobrepeso y obesidad quienes desearon figuras más delgadas (bajo peso, riesgo de bajo peso, estado nutricional normal y sobrepeso). Esto sucedió también en el estudio realizado en México, ya que la mayoría de las niñas deseó tener un cuerpo más delgado, como así también la mayoría de los niños deseó mantener un estado nutricional normal y con riesgo de bajo peso (2). No se hallaron resultados estadísticamente significativos, por lo que se concluye que no hay asociación entre estado nutricional y percepción corporal deseada de los niños.

Se refleja una tendencia a tener un cuerpo más delgado, sea cual fuere su estado nutricional, lo que se relaciona con los factores que intervienen en la formación de la imagen corporal principalmente aquellos sociales y culturales que proponen un ideal estético, generando una presión cultural, principalmente a la mujer, hacia la delgadez (5). Además los niños en el ámbito escolar, se ven influenciados en la construcción de su autoconcepto, ya que es durante esta etapa de desarrollo, donde comienzan a interactuar con pares y conforman rasgos de su personalidad (18).

Se analizó el grado de satisfacción corporal de los niños, lo que mostró un porcentaje mayor de insatisfacción (71,19%) que de satisfacción (28,81%) con su cuerpo; resultados que coinciden con los escolares del estudio realizado en Jaén, España en el cual se obtuvieron valores de 65,5% y 34,5% respectivamente (8). Se hallaron resultados estadísticamente significativos entre las variables satisfacción corporal y sexo, y

satisfacción corporal y estado nutricional, lo que refleja asociación entre ellas. Al vincular las tres variables, también se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, por lo que se concluye que hay asociación entre las mismas.

Todo esto se relaciona con los cánones de belleza que impone la sociedad acompañado con los medios de comunicación que se encargan de reforzar este concepto donde relacionan la delgadez con el éxito y la aceptación social (2).

## **10. Conclusión**

A partir de todos los resultados obtenidos y análisis realizados se concluye que:

- En los niños y en las niñas con sobrepeso hubo mayor subestimación en su percepción corporal real, ya que la mayoría de los escolares se percibieron con estado nutricional normal y con riesgo de bajo peso.
- En los niños y en las niñas con bajo peso, la mitad sobrestimó su condición, mientras que la otra mitad se percibió correctamente. No se cumple la hipótesis.
- En los niños y en las niñas con obesidad fue más frecuente la sensación de insatisfacción corporal, en relación a su percepción corporal deseada. Ninguno de los niños de esta clasificación deseó su propia figura.
- En los niños y en las niñas con bajo peso fue más frecuente la sensación de insatisfacción corporal, en relación a su percepción corporal deseada. Ninguno de los niños de esta clasificación deseó su propia figura. No se cumple la hipótesis.

Es importante destacar que la satisfacción corporal de los escolares se asocia a su estado nutricional, considerando a este último un indicador fundamental a la hora de abordar la salud del niño, ya que el mismo incide en sus sentimientos hacia su cuerpo, lo que repercute en su calidad de vida. Esto refleja la importancia de que los niños puedan percibir su cuerpo de manera correcta, para poder pedir ayuda en caso de ser necesario.

A modo de cierre, como futuras Licenciadas en Nutrición podemos decir que estos resultados dan cuenta del desafío que se presenta en la Salud Pública para nuestra profesión, ya que los niños con alteraciones en su estado nutricional, en general no toman conciencia de su condición, lo que genera un obstáculo para la detección de un problema de salud pública como también para el abordaje y la resolución del mismo. Consideramos importante que se realicen estos tipos de trabajos, los cuales se enfocan en el niño, en su opinión, para fomentar su empoderamiento y así él mismo pueda reconocer sus inquietudes y tomar decisiones hacia su propio bienestar.

La realización de este trabajo de investigación, profundiza la importancia de la formación de un equipo de salud interdisciplinario para el abordaje de la calidad de vida del niño en todos sus aspectos, en particular, desde el rol del Lic. en Nutrición creando conciencia en cuanto a la prevención de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables.

Esperamos aportar datos relevantes, tanto a nuestra población en particular, como a la Escuela de Nutrición y profesionales de la Salud en general acerca de una temática de Salud Pública que requiere mucha atención.

## 11. Referencias bibliográficas

1. Madrona PG. La satisfacción corporal y su rol en las relaciones sociales. *Univ Psychol.* 2013;12(2):547–58.
2. Pérez-Gil SE, Paz C, Romero G. Cuerpo , imagen y saberes alimentarios en infantes oaxaqueños , México: *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv.* 2011;9(2):847–68.
3. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal; revisión bibliográfica. Vol. 28, *Nutricion Hospitalaria.* 2013. p. 27–35.
4. Salazar-Duque B. Percepción de la imagen corporal en Embera CHAMÍ: Dimensiones corporales. Perception of the body image in embera Chami: Body dimensions. *Jangwa Pana Rev Jangwa Pana ISSN.* 2015;14(14):34–45.
5. Salaberria, K; Rodríguez, S; Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz Cuad Ciencias Médicas.* 2007;8:171–83.
6. Gálvez Casas A, Rodríguez García PL, Rosa Guillamón A, García-Cantó E, Pérez-Soto JJ, Tarraga Marcos L, et al. [Relationship between body weight status and self-concept in schoolchildren]. *Nutr Hosp [Internet].* 2015;31(2):730–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25617556>
7. Bully P, Elosua P, López-Jáuregui A. Insatisfacción corporal en la adolescencia : Evolución en una década Introducción. 2012;28:196–202.
8. Ortega MA, Zurita F, Cepero M, Torres B, Ortega MA, Torres J. La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén. *Rev Investig en Educ.* 2013;11(2):123–39.
9. Ramírez JD, Palacios J. Glosario de terminos piagetianos. *Infanc y Aprendiz.* 1981;4(sup2):123–43.
10. FAO. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en México. 2013. 165-201 p.
11. OMS. Mundial De Salud Escolar. 2009;1–120. Available from: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&cate](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&cate)

gory\_slug=difusion&alias=327-informe-encuesta-escolar&Itemid=518

12. Luccone M.V, Lev D, Dematteis S. Situación de Salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la República Argentina. [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Salud Comunitaria, Dirección Nacional de Medicina Comunitaria, Programa Nacional de Salud Escolar PROSANE; agosto 2015. [Fecha de consulta 13 de Febrero de 2017]. Available from: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000734cnt-anuario\\_prosane\\_2015.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000734cnt-anuario_prosane_2015.pdf)
13. Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Psychol Av la Discip.* 2013;7(2):69–86
14. Poder Legislativo Nacional. Camaño Eduardo O. Ley De Proteccion Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. 2005;(1900):1-24p.
15. Quiceno JM, Alpi SV. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicol y Salud* [Internet]. 2013;18(1):37–44. Available from: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/673>
16. Behar A R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2010 Dec [citado 2017 Mar 31];48(4):319–34. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
17. Esteban ML. Antropología del cuerpo. Itinerarios corporales y relaciones de género:134–47.
18. Fernández A, Eider Z, Palacios G. El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 2008 [citado 2017 Apr 1];1(1):214–9877.
19. Ortega Becerra MA. Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén. 2010. 1-755 p.
20. Gomez-Marmol A, Sanchez- Alcaraz B, Mahedero-Navarrete M del P. Body

- Image Dissatisfaction and Distortion in Twelve To Seventeen Years Old Teenagers. *Ágora Para La Ef Y El Deport* [Internet]. 2013 [citado 2017 Mar 31];15(1):54–63.
21. Molina MF, Raimundi MJ. Predictores de la autoestima global en niños de escuela primaria de la ciudad de Buenos Aires. Diferencias en función del sexo y la edad. *Rev Argent Cienc Comport*. 2011;3(3):1–7.
  22. FAO – OMS. Conferencia Internacional sobre Nutrición [Internet]. Nutrición y Desarrollo – Una evolución mundial -. 1992. 31-50 p. Available from: <http://www.fao.org/docrep/017/z9550s/z9550s.pdf>
  23. Pedraza DF. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008;6(2):129–43.
  24. UNICEF. Dominican Republic - Salud - Desnutrición Infantil [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 20]. Available from: [https://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10172.htm](https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm)
  25. UNICEF. Glosario de términos sobre Desnutrición [Internet]. [2017, Fecha de consulta 30 de Junio de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/glosario\\_malnutricion.pdf](https://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf)
  26. Wanden-Berghe C, Ermelinda Camilo M, Culebras J. Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutr Hosp*. 2010;25(SUPPL. 3):1–9.
  27. Gibney M. J, Margetts B.M, Kearney J. M, Arab L. Nutrición y Salud Pública. España: ACRIBIA, S.A. 2006
  28. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Por que la nutricion es importante.[Internet]. 2014;2. Available from: <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>
  29. OMS. Sobrepeso y Obesidad [Internet]. [2017, Fecha de consulta 10 de Febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

30. Simposio Obesidad en el niño: factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. 2017;34(1):113–8.
31. Programa Nacional de Salud Escolar [Internet]. [citado 2017 Mar 31]. Available from: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/229-programa-de-salud-escolar>
32. Malpeli A, Suarez M, Maceira C, Rodriguez P, Frio S, Randazzo P, et al. 1er Jornada de Obesidad Infantil. Hacia el mapa de la obesidad en Argentina. [Internet]. Buenos Aires: CESNI - SAOTA; Octubre 2012. [Fecha de consulta: 02 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionpepsico.com.ar/files/mapa-obesidad-cesni-saota.pdf>
33. Unicef. Informe técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España. Unicef. 2011;1–32.
34. Ministerio de Salud. Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes. Minist Salud la Nac. 2013;1–13.
35. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(3):357–60.
36. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Analisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación. 2006. 407-499 p.
37. RAE. Real Academia Española [Internet]. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: España, 2014. 2014 [citado 2017 Mar 25]. Available from: <http://www.rae.es/>
38. Montero Meneses M, Moncada Jiménez J. Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. Rev Iberoam Psicol del Ejerc y el Deport. 2008;3(1):13–30.
39. OMS [Internet]. [2017; fecha de consulta 17 de Febrero de 2017]. Available from: [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en)
40. Videla V, Abeyá Gilardón E, Arce J; Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo;

Sociedad Argentina de Pediatría. Guía para la evaluación del crecimiento físico.  
Tercera edición. República Argentina: IdeoGráfica; 2013.

41. OMS, Application tools [Internet]. [2017, fecha de consulta 14 de Agosto de 2017].  
Disponible en: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>

## 12. Anexo:

### 12.1. Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO para la participación de menores en el “Trabajo de Investigación para la Licenciatura: Percepción y Satisfacción de la Imagen Corporal según su Estado Nutricional en Niños de 5° y 6° grado”.

#### **HOJA de INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO**

Le estamos invitando a participar del “Trabajo de Investigación de la Licenciatura: Percepción y Satisfacción de la Imagen Corporal según su Estado Nutricional en Niños de 5° y 6° grado”. Este estudio tiene como objetivos describir la percepción y satisfacción de la imagen corporal de los niños, como también clasificar su Estado Nutricional; y a partir de esto identificar si existe relación entre ellas.

El Trabajo de Investigación está a cargo de 2 (dos) estudiantes avanzadas de la Licenciatura en Nutrición, Origlia Agostina del Valle y Zurro Florencia, dirigido por la Mgter Verónica Mamondi, pertenecientes a la Universidad Nacional de Córdoba. En la ciudad de Córdoba se invita a participar a niños y niñas que asisten a la escuela primaria Marta Juana González del B° Villa Libertador.

Si están de acuerdo, los niños y las niñas responderán una encuesta sobre cómo se ven y cómo les gustaría verse; además serán tomados su peso y altura.

La información provista por el niño será tratada cuidadosamente, con respeto por la intimidad del mismo.

Participar del estudio no tendrá beneficios directos para los niños y niñas que participen. Pero esta información será muy útil para conocer nuevas características de la salud infantil desde la perspectiva de los propios niños y niñas. El principal beneficio de esta encuesta será la información que podríamos ofrecer a la Escuela y a los Profesionales de Salud, que puedan ayudar a mejorar la promoción y la atención de la salud infantil.

La encuesta infantil no implica riesgos para los niños y niñas. No hay obligación de participar. Y, aunque hayan aceptado, pueden dejar de responder alguna parte de la encuesta. La decisión de no responder no tiene ninguna consecuencia para los niños y niñas, pero los resultados y beneficios de la encuesta serán mejores si todas las personas participan. Esperamos contar con usted.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como responsable/s legal/es de: \_\_\_\_\_ (nombre del niño/a), D.N.I. (del niño/a) \_\_\_\_\_, declaro/declaramos que: - he/hemos sido informados sobre los objetivos y procedimientos del “Trabajo de Investigación para la Licenciatura: Percepción y Satisfacción de la Imagen Corporal según Estado Nutricional en niños de 5° y 6° grado”; - he/hemos tenido la oportunidad de aclarar dudas y, al consultar, obtuvimos respuestas claras y satisfactorias; - he/hemos entendido que nuestra participación es libre y voluntaria y que podemos retirarnos cuando así lo decidamos. Por lo tanto doy/damos nuestro consentimiento para que el/la menor participe del estudio. Siempre que sea posible deben firmar la madre y el padre del niño o niña:

Tutor/a:	_____	_____
	Firma	Nombre y apellido
Madre:	_____	_____
	Firma	Nombre y apellido
Padre:	_____	_____
	Firma	Nombre y apellido

ASENTIMIENTO: tu papá/mamá/responsable de cuidarte, acepta que participes de esta investigación para conocer de qué manera te vas desarrollando y tu estado de salud. Si está de acuerdo en responder un cuestionario debes firmar o poner tu nombre. Aunque tus padres hayan autorizado tu participación, tú puedes negarte a hacerlo.

_____	_____
Firma	Nombre y apellido

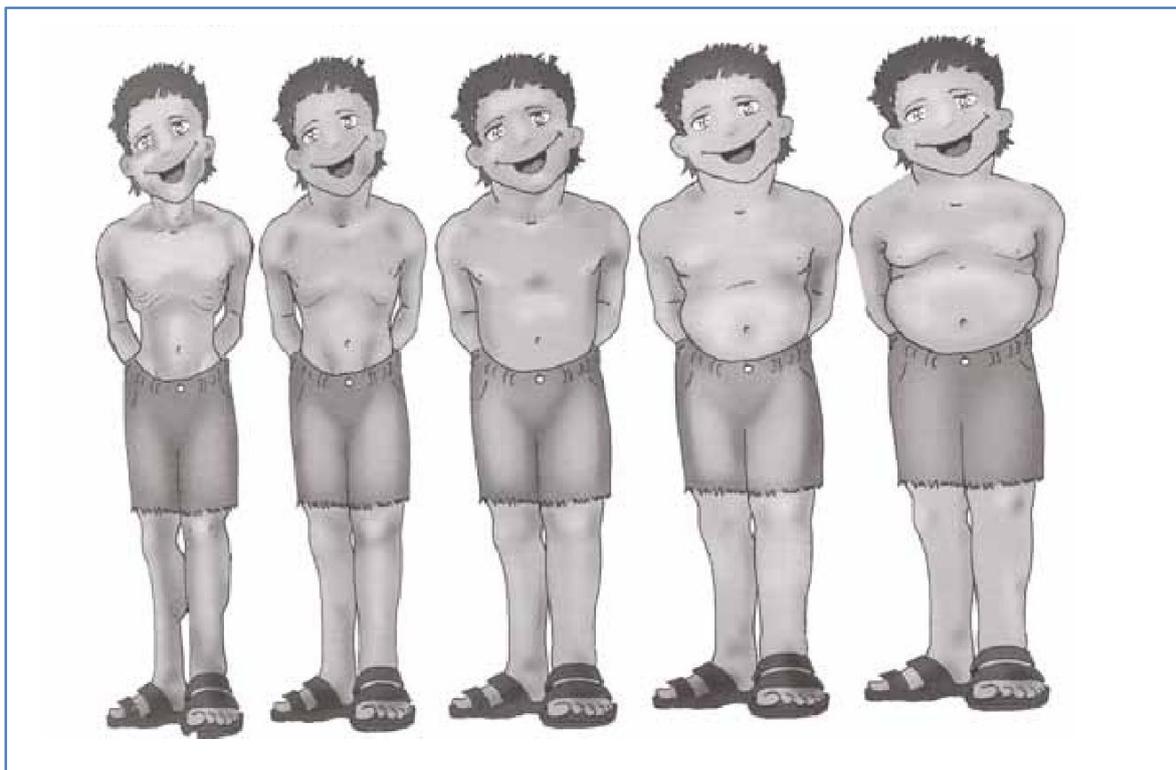
Fecha:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2017

12.2. Anexo 2: Cuestionario Varones

- I. Código:
- II. Edad \_\_\_\_\_ años
- III. Fecha de nacimiento:
- IV. De las siguientes figuras ¿cuál creés que se parece a tu cuerpo actual?  
(Marcá con una cruz sólo una figura)

                         
1                      2                      3                      4                      5



- V. De esas figuras: ¿cuál creés que se parece a tu cuerpo deseado?  
(Marcá con una cruz sólo una figura)

                         
1                      2                      3                      4                      5

12.3. Anexo 2: Cuestionario Mujeres

I. Código:

II. Edad \_\_\_\_\_ años

III. Fecha de nacimiento:

IV. De las siguientes figuras ¿cuál creés que se parece a tu cuerpo actual?  
(Marcá con una cruz sólo una figura)



1



2



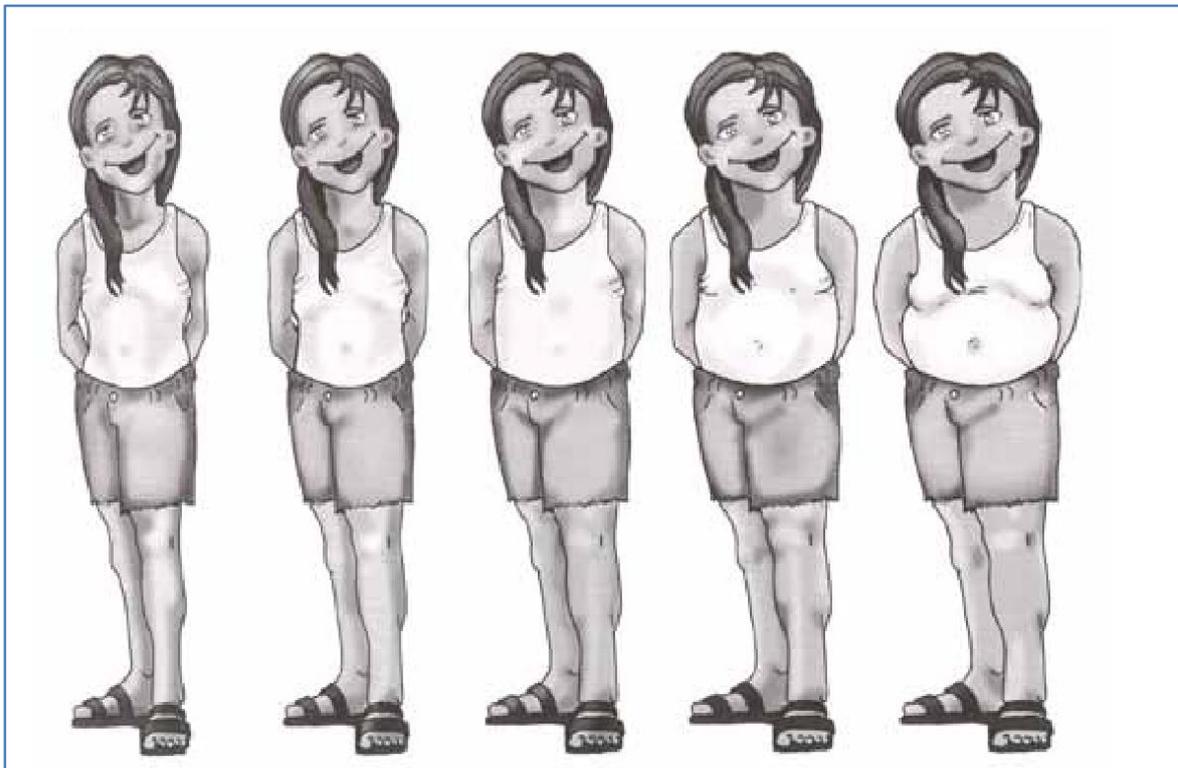
3



4



5



V. De esas figuras: ¿cuál creés que se parece a tu cuerpo deseado?



1



2



3



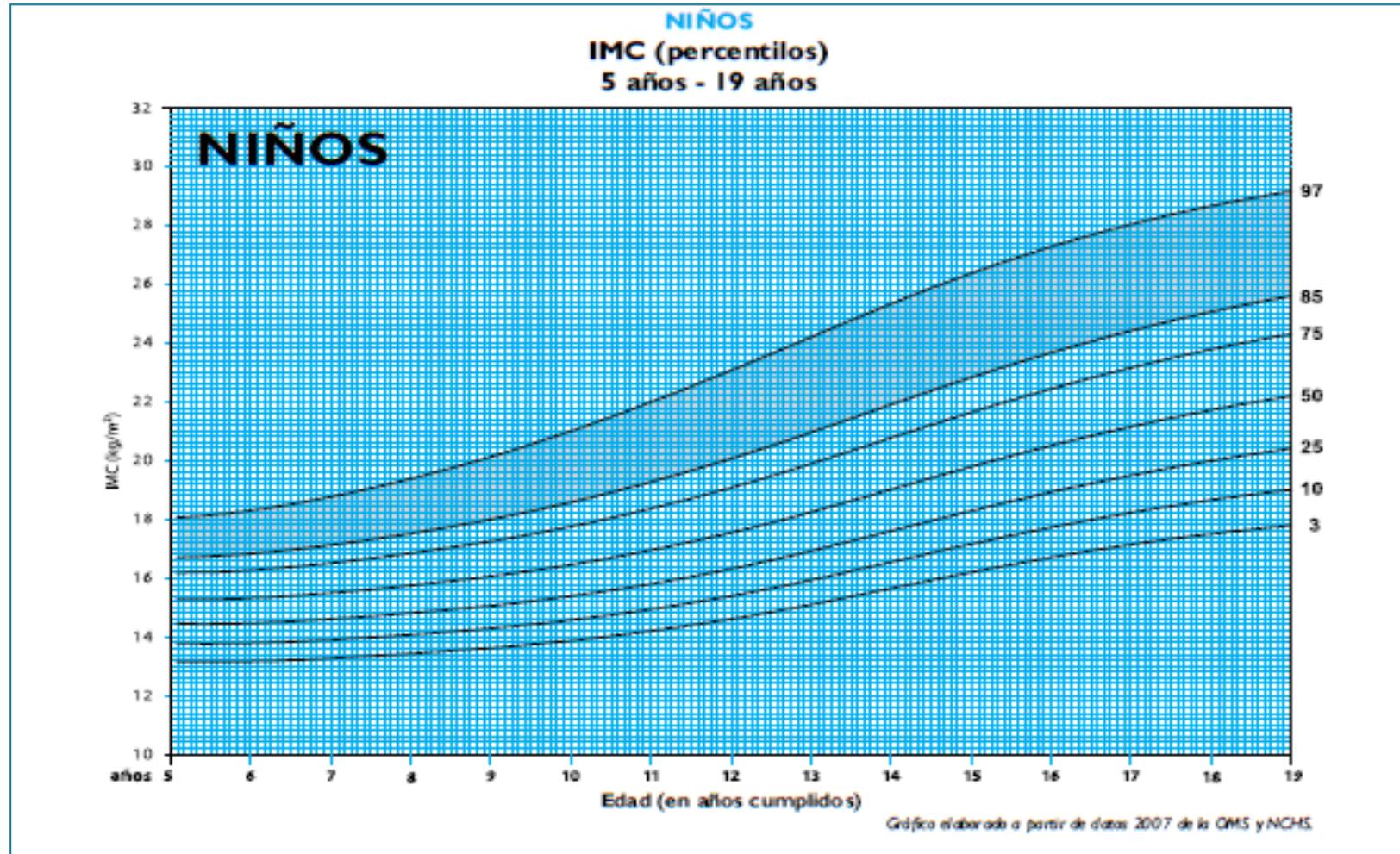
4



5



12.5. Anexo 4: Tabla OMS



**NIÑAS**  
**IMC (percentilos)**  
**5 años - 19 años**

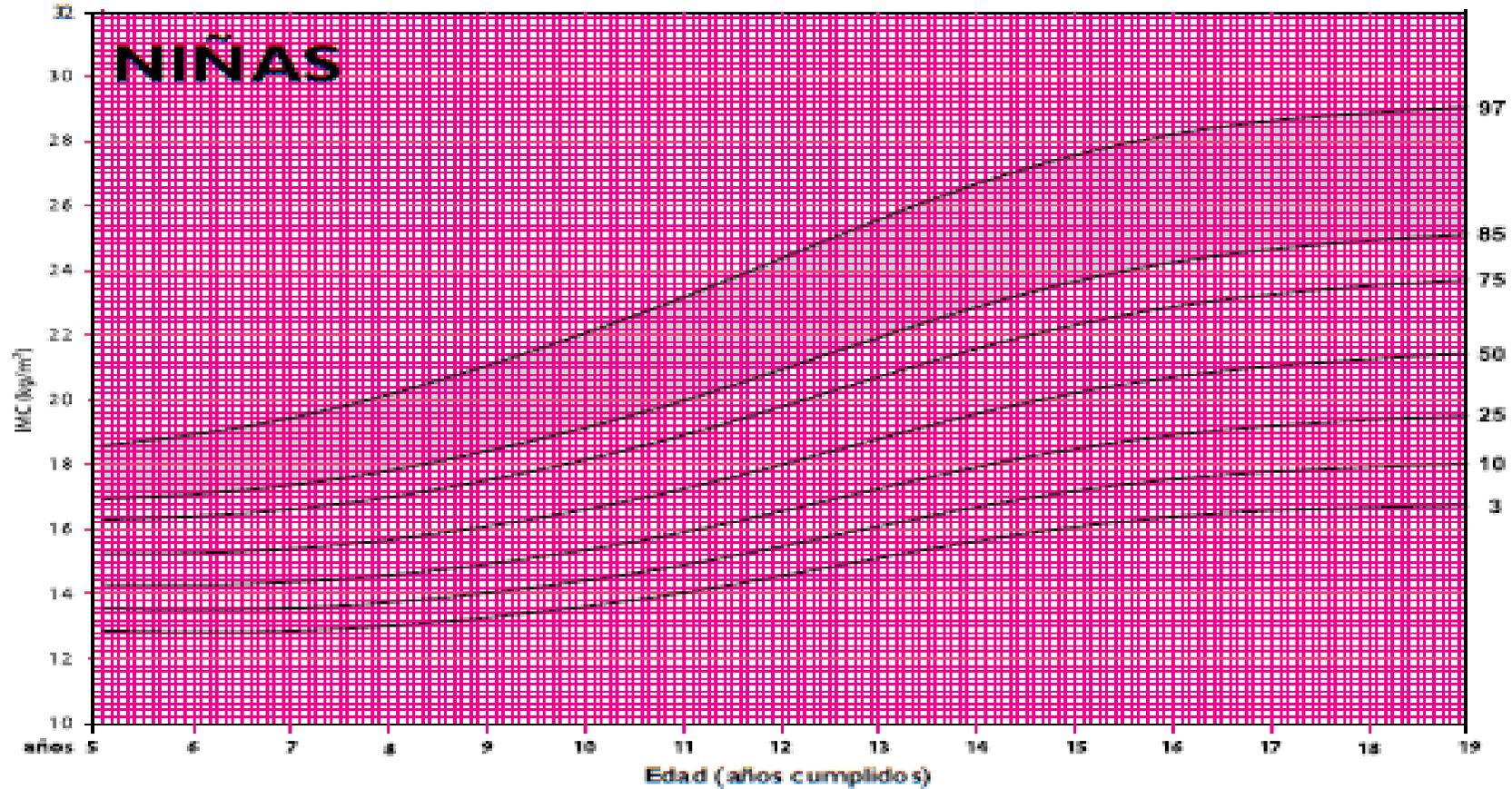


Gráfico elaborado a partir de datos 2007 de la OMS y NCHS.

12.6. Anexo 5:

**Tabla 1:** *Variable Edad*

<b>EDAD (años)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 años</b>	27	45,76%
<b>11 años</b>	26	44,07%
<b>12 años</b>	5	8,47%
<b>13 años</b>	1	1,69%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>
Media	10,66	
DE	0,71	

12.7. Anexo 6:

**Tabla 2:** *Variable Sexo*

<b>SEXO</b>			
<b>Etiqueta</b>	<b>Código</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	1	28	47,46
<b>Femenino</b>	2	31	52,54
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100</b>

12.8. Anexo 7:

**Tabla 3:** *Variable Estado nutricional*

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>			
<b>Etiqueta</b>	<b>Código</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bajo Peso</b>	1	2	3,39%
<b>Riesgo de BP</b>	2	1	1,69%
<b>Normal</b>	3	28	47,46%
<b>Sobrepeso</b>	4	7	11,86%
<b>Obesidad</b>	5	21	35,59%
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100%</b>

12.9. Anexo 8:

**Tabla 4:** *Variable Estado nutricional según sexo*

Estado Nutricional		Sexo	
		Masculino	Femenino
<b>Bajo Peso</b>	%	0%	3%
	n	0	2
<b>Riesgo de bajo peso</b>	%	2%	0%
	n	1	0
<b>Normal</b>	%	22,03%	25,42%
	n	13	15
<b>Sobrepeso</b>	%	6,78%	5,08%
	n	4	3
<b>Obesidad</b>	%	16,95%	18,64%
	n	10	11
<b>Total</b>	%	47,46%	52,54%
	n	28	31

12.10. Anexo 9:

**Tabla 5:** *Variable Percepción corporal real*

PERCEPCIÓN CORPORAL REAL			
Etiqueta	Código	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo Peso</b>	1	5	8,47%
<b>Riesgo de BP</b>	2	15	25,42%
<b>Normal</b>	3	21	35,59%
<b>Sobrepeso</b>	4	15	25,42%
<b>Obesidad</b>	5	3	5,08%
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100%</b>

12.11. Anexo 10:

**Tabla 6:** *Variable Percepción corporal deseada*

<b>PERCEPCIÓN COROPORAL DESEADA</b>			
<b>Etiqueta</b>	<b>Código</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bajo Peso</b>	1	19	32,20%
<b>Riesgo de BP</b>	2	19	32,20%
<b>Normal</b>	3	18	30,51%
<b>Sobrepeso</b>	4	2	3,39%
<b>Obesidad</b>	5	1	1,69%
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100%</b>

12.12. Anexo 11:

**Tabla 7:** *Variable Satisfacción corporal*

<b>SATISFACCIÓN CORPORAL</b>			
<b>Etiqueta</b>	<b>Código</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No Satisfecho</b>	0	42	71,19%
<b>Satisfecho</b>	1	17	28,81%
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100%</b>

12.13. Anexo 12:

**Tabla 8:** *Satisfacción corporal en relación con el sexo*

<b>Sexo</b>		<b>Satisfacción Corporal</b>	
		<b>No satisfecho</b>	<b>Satisfecho</b>
<b>Masculino</b>	<b>n</b>	15	13
	<b>%</b>	53,57%	46,43%
<b>Femenino</b>	<b>n</b>	27	4
	<b>%</b>	87,10%	12,90%

12.14. Anexo 13:

**Tabla 9:** *Percepción corporal real en relación con el estado nutricional*

ESTADO NUTRICIONAL		PERCEPCIÓN CORPORAL REAL				
		Bajo Peso	Riesgo de BP	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Bajo Peso	n	1	1	0	0	0
	%	50%	50%	0%	0%	0%
Riesgo de Bajo Peso	n	0	1	0	0	0
	%	0%	100%	0%	0%	0%
Normal	n	3	10	12	2	1
	%	10,71%	35,71%	42,86%	7,14%	3,57%
Sobrepeso	n	0	2	2	3	0
	%	0%	28,57%	58,57%	42,86%	0%
Obesidad	n	1	1	7	10	2
	%	4,76%	4,76%	33,33%	47,62%	9,52%
TOTAL	n	5	15	21	15	3
	%	8,47%	25,42%	35,59%	25,42%	5,08%

12.15. Anexo 14:

**Tabla 10:** *Percepción corporal real en relación con el estado nutricional (correcta e incorrecta)*

Percepción corporal real	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	40	67,80%
Correcta	19	32,20%
Total	59	100%

12.16. Anexo 15:

**Tabla 11:** *Percepción corporal real en relación el estado nutricional (correcta e incorrecta) por sexo*

Percepción corporal real		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Incorrecta	n	16	5	21
	%	40,00%	60,00%	100%
Correcta	n	12	7	19
	%	63,16%	36,84%	100%

12.17. Anexo 16:

**Tabla 12:** *Percepción corporal real según estado nutricional (agrupado)*

ESTADO NUTRICIONAL	Percepción corporal real			
	Sin exceso		Con exceso	
	n	%	n	%
SIN EXCESO	28	90,3	3	9,7
CON EXCESO	13	46,4	15	53,6
TOTAL	41	69,5	18	30,5
Prueba CHI Cuadrado de Pearson				0,0003
Con corrección de Yates				0,0007

12.18. Anexo 17:

**Tabla 13:** *Percepción corporal real en relación con el estado nutricional (agrupado)*

Estado Nutricional		Percepción corporal Deseada				
		Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
BAJO PESO	%	0%	50%	50%	0%	0%
	n	0	1	1	0	0
RIESGO DE BAJO PESO	%	0%	0%	0%	100%	0%
	n	0	0	0	1	0
NORMAL	%	35,71%	21,43%	39,29%	0%	3,57%
	n	10	6	11	0	1
SOBREPESO	%	42,86%	28,57%	14,29%	14,29%	0%
	n	3	2	1	1	0
OBESIDAD	%	28,57%	47,62%	23,81%	0%	0%
	n	6	10	5	0	0
Total	%	32,20%	32,20%	30,51%	3,39%	1,69%
	n	19	19	18	2	1

12.19. Anexo 18:

**Tabla 14:** *Percepción corporal deseada en relación con el estado nutricional*

(agrupado)

ESTADO NUTRICIONAL	Percepción corporal deseada			
	Sin exceso		Con exceso	
	n	%	n	%
<b>SIN EXCESO</b>	29	93,50%	2	6,50%
<b>CON EXCESO</b>	27	96,40%	1	3,60%
<b>TOTAL</b>	56		3	

<b>Prueba CHI Cuadrado de Pearson</b>	0,6151
<b>Con corrección de Yates</b>	0,9279

12.20. Anexo 19:

**Tabla 15:** *Satisfacción corporal en relación al estado nutricional*

ESTADO NUTRICIONAL		SATISFACCIÓN CORPORAL		TOTAL
		NO SATISFECHO	SATISFECHO	
<b>Bajo Peso</b>	n	2	0	2
	%	100%	0%	100%
<b>Riesgo de Bajo Peso</b>	n	1	0	1
	%	100%	0%	100%
<b>Normal</b>	n	14	14	28
	%	50%	50%	100%
<b>Sobrepeso</b>	n	5	2	7
	%	71,43%	28,57%	100%
<b>Obesidad</b>	n	20	1	21
	%	95,24%	4,76%	100%
<b>TOTAL</b>	n	42	17	
	%	71,19%	28,81%	

12.21. Anexo 20

**Tabla 16:** Satisfacción corporal en relación con el estado nutricional (agrupado)

ESTADO NUTRICIONAL	SATISFACCIÓN CORPORAL			
	NO SATISFECHO		SATISFECHO	
	n	%	n	%
Sin exceso	17	54,8	14	45,2
Con exceso	25	89,3	3	10,7
TOTAL	42		17	

Prueba CHI Cuadrado de Pearson	0,0035
Con corrección de Yates	0,0086

12.22. Anexo 21:

**Tabla 17:** Satisfacción corporal en relación con el estado nutricional (sexo masculino)

SATISFACCIÓN CORPORAL	SEXO MASCULINO					
	ESTADO NUTRICIONAL					
		Bajo Peso	Riesgo de bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
No satisfecho	n	0	1	3	2	9
	%	0%	6,67%	20%	13,33%	60%
Satisfecho	n	0	0	10	2	1
	%	0%	0%	76,92%	15,38%	7,69%

12.23. Anexo 22:

**Tabla 18:** Satisfacción corporal en relación con el estado nutricional (sexo femenino)

SATISFACCIÓN CORPORAL	SEXO FEMENINO					
	ESTADO NUTRICIONAL					
		Bajo Peso	Riesgo de bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
No satisfecho	n	2	0	11	3	11
	%	7%	0,00%	41%	11,00%	41%
Satisfecho	n	0	0	4	0	0
	%	0%	0%	100,00%	0,00%	0,00%

12.24. Anexo 23:

**Tabla 19:** Satisfacción corporal en relación al estado nutricional (agrupado) en sexo masculino

SEXO MASCULINO				
ESTADO NUTRICIONAL	SATISFACCIÓN CORPORAL			
	NO SATISFECHO		SATISFECHO	
	n	%	n	%
Sin exceso	4	28,60%	10	71,40%
Con exceso	11	78,60%	3	21,40%
<b>TOTAL</b>	15		13	

Prueba CHI Cuadrado de Pearson	P= 0,0080
Con corrección de Yates	P= 0,0230

12.25. Anexo 24:

**Tabla 20:** Satisfacción corporal en relación con el estado nutricional (agrupado) en sexo femenino

SEXO FEMENINO				
ESTADO NUTRICIONAL	SATISFACCIÓN CORPORAL			
	NO SATISFECHO		SATISFECHO	
	n	%	n	%
Sin exceso	12	75%	4	25%
Con exceso	11	100%	0	0%
<b>TOTAL</b>	23		4	

Prueba CHI Cuadrado de Pearson	P= 0,0724
Con corrección de Yates	P= 0,02130