

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y CIENCIAS**

**HUMANAS**



**TESIS**

“INFLUENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL  
DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DEL  
KINDERGARTEN SPIEL UND SPASS DE SANTIAGO  
DE SURCO –LIMA, 2015”

Presentado por las Bachilleres:

ESPINOZA CARLOS YULIANA ELIZABETH

VÁSQUEZ ENCINAS LUZ MARINA

Para optar el título profesional de licenciada en Educación Inicial

JURADO:

PRESIDENTA: DRA. GLORIA MARÍA MUÑOS PACHECO VDA.DE VARGAS

JURADO : MG. EDMINA CEBEDIA GARAY DÍAZ

JURADO : MG. NATALY JANETH SÁNCHEZ GARAY

JURADO : DRA. CARMEN LILA SALINAS MESTANZA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Atención integral del infante, niño y adolescente

HUANCAYO- PERÚ

2015

**ASESORA:  
DRA. MORALES VALENZUELA JUDITH MARGOTH**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación quiero dedicarlo primero a Dios quien fue el que ha guiado mis pasos desde el inicio hasta el final, a mis padres quienes me apoyaron a seguir adelante y convertirme en una profesional hecha y derecha y sobre todo a mi Directora quien fue la que me motivo a tomar esta carrera tan bonita como es la educación inicial, pero sobre todo el de brindar conocimientos. Gracias a todos ustedes por realizar mi sueño que es de enseñar.

**Espinoza Carlos, Yuliana Elizabeth**

Agradezco a mi novio Christopher Plunkett quien me impulso a dar este gran paso y seguir con mis sueños de convertirme en toda una profesional. A mi madre que con sus consejos me ayudo a superar las adversidades, a mi familia, amigos que estuvieron siempre ahí y sobre todo a Dios que me dio las fuerzas que necesite para culminar con éxito este gran sueño Gracias.

**Vásquez Encinas, Luz Marina**

## **AGRADECIMIENTO**

Ha sido un largo viaje, pero al fin llegamos. sé que solas no lo habiéramos logrado , por eso damos gracias a Dios por habernos enviado profesores que terminaron siendo grandes amigos, que siempre estuvieron presentes y nos recordaban que todo es posible con esfuerzo y perseverancia y así lograr alcanzar este sueño que nos llena de satisfacción y alegría .

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE .....	v
Resumen.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	13
1.2. Formulación del problema .....	17
1.2.1. Problema General .....	17
1.2.2. Problemas específicos .....	17
1.3. Objetivos de la Investigación .....	17
1.3.1. Objetivo General.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos .....	18
1.4. Justificación de la Investigación .....	18
1.5 Limitaciones de la investigación.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	21
2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.2. Bases legales de la investigación .....	27
2.3. Bases teóricas de la investigación.....	29
2.3.1. Fundamentación teórica de la obesidad infantil .....	29
2.3.1.1. Aspectos conceptuales de la obesidad infantil .....	31
2.3.1.2 Aspectos teóricos de la obesidad infantil .....	34
2.3.1.3 Clasificación basada en el índice de masa corporal (IMC) .....	37
2.3.1.4 Síntomas de la obesidad: .....	37
2.3.1.5 Causas de la obesidad .....	39
2.3.1.6 Factores de la obesidad infantil .....	42
2.3.1.6.1. Factores de riesgo.....	42
2.3.1.6.2. Factores ambientales:.....	43
2.3.1.6.3. Factores socioeconómicos.....	44

2.3.1.6.4. Factores psicológicos.....	44
2.3.1.7. Complicaciones de la obesidad infantil .....	46
2.3.1.8 Tratamiento y prevención de la obesidad infantil.....	47
2.3.2 Fundamentación teórica del desarrollo psicomotriz .....	50
2.3.2.1 Aspectos conceptuales del desarrollo psicomotriz. ....	50
2.3.2.2. Aspectos teóricos del desarrollo psicomotriz. ....	52
2.3.2.3 Teorías de profesionales en el tema.....	55
2.3.2.4. Etapas del desarrollo psicomotriz .....	63
2.3.2.4.1. Desarrollo motor grueso .....	63
2.3.2.4.2. Desarrollo físico del niño de 3 a 5 años .....	64
2.3.2.4.3. Mayor dominio de los niños en el uso de las manos ..	64
2.3.2.4.4. La motricidad gruesa avanza en paralelo.....	65
2.3.2.4.5. El desarrollo motriz es fundamental en los niños de 3 a 5 años .....	66
2.3.2.5. Estrategias y desempeño del docente .....	66
2.3.2.5.1. Estrategias didácticas se emplean para el desarrollo psicomotor en la educación preescolar .....	67
2.4. Hipótesis de la investigación.....	69
2.4.1. Hipótesis general.....	69
2.4.2. Hipótesis específicas .....	70
2.5. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	71
2.6. Definición de términos básicos.....	72
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	75
3.1. Diseño Metodológico.....	76
3.1.1. Diseño .....	76
3.1.2. Tipo y nivel de investigación.....	76
3.2. Población y muestra .....	77
3.3.1. Población: .....	77
3.3.2. Muestra: .....	77
3.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos .....	78
3.3.1. Descripción de Instrumentos: .....	78
3.3.2. Validez de instrumentos .....	79

3.3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de información .....	84
CAPÍTULO IV : RESULTADO .....	85
4.1. Análisis de la dimensiones .....	86
4.2. Contratación de hipótesis .....	94
4.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS ITEMS .....	98
CAPÍTULO V: .....	116
DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN, RECOMENDACIÓN .....	116
5.1 DISCUSIÓN: .....	117
5.2 CONCLUSIONES .....	118
5.3 RECOMENDACIONES .....	119
FUENTES DE INFORMACION .....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	121
Libros .....	122
Webgrafia:.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
VI. ANEXOS .....	125
LISTA DE COTEJO .....	126
MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	127

## Resumen

El objetivo principal de la tesis, es conocer la influencia de la obesidad infantil en el desarrollo psicomotriz. El diseño utilizado en la presente tesis es **no experimental**, y es de tipo explicativo.

En el presente trabajo se utilizó como herramienta de evaluación una lista de cotejo con una muestra de 35 niños del Centro Educativo Spiel und Spass. Se identificaron diversos problemas de desarrollo psicomotriz entre los niños evaluados.

Queremos dar a conocer mediante esta tesis que la obesidad infantil es perjudicial para los niños por los siguientes factores:

La autoestima. Un niño con obesidad carece de autoestima. Es un factor determinante en su proceso de socialización, durante la realización de actividades y ejercicios motrices. Los niños con obesidad suelen tener dificultades al momento de realizar los ejercicios y son víctimas de burlas de parte de otros niños que no miden las consecuencias que este acto discriminatorio puede llegar a ocasionar.

La salud. Un niño con obesidad carece de buena salud. En la actualidad se ven enfermedades como: Diabetes infantil, taquicardias y asma, estas, se encuentran presentes en los centros educativos impidiendo que los niños realicen actividades psicomotrices de manera correcta y secuencial. Tenemos como resultado que el 34.3% de niños evaluados no tienen el peso ideal. El 23.6% no tienen buena coordinación psicomotora y dominio de su cuerpo.

Hemos podido obtener de ambas evaluaciones una conclusión: Si existe sobrepeso u obesidad, el niño no desarrollará de manera adecuada sus actividades psicomotrices.

**Palabras claves: Obesidad infantil - desarrollo psicomotriz**

## **ABSTRACT**

The main objective of this thesis is to know the influence of childhood obesity on the psychomotor development. The design used in this thesis is not experimental, it's explicative.

Our study used a checklist as an evaluation tool for a total of thirty-five children of the Spiel und Spass kindergarten. Various problems of psychomotor development among children tested were identified.

We want to divulge in this thesis that childhood obesity is harmful to children by the following factors:

**Esteem.** An obese child lacks self-esteem. It is a determining factor in their socialization process, while performing motor activities and exercises. Obese children often have difficulty when performing the exercises and are victims of teasing from other children who do not measure the consequences that this discriminatory act can potentially cause.

**Health.** An obese child lacks good health. Children's diabetes, heart palpitations and asthma, these disease are present in schools, preventing children psychomotor activities performed correctly and sequentially.

We found as a result of this study that 34.3% of the evaluated children do not have a healthy weight. 23.6% did not have good coordination and psychomotor domain of their body.

We were able to get final conclusions on both evaluations: If there is overweight or obese, the child will not develop adequately psychomotor activities.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene por nombre “Influencia de la Obesidad Infantil y el Desarrollo Psicomotriz de los Niños del Kindergarten Spiel und Spass – Santiago de Surco, tratamos dar a conocer la influencia de la obesidad infantil en el desarrollo psicomotriz.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños ha aumentado dramáticamente en los últimos años, por lo que, la obesidad infantil constituye uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y está afectando progresivamente a muchos países en vías de desarrollo como el Perú. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, entre otras, según lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para el año 2010 se estimó más de 42 millones de menores de cinco años obesos o con sobrepeso en todo el mundo. Dicha tendencia no es ajena al Perú donde según el INEI la tasa de sobrepeso y obesidad infantil en el sector urbano y rural es de 18% y 12%.

La obesidad y sobrepeso han sido asociados primariamente con la enfermedad cardiovascular pero también se ha reportado asociación con la hipertensión arterial, resistencia a la insulina, osteoartritis, hiperglucemia, gota, enfermedad de la vesícula biliar, cáncer y alteraciones endocrinas. Adicionalmente, se presentan alteraciones psicológicas y sociales como la disminución de la autoestima.

En la actualidad el desarrollo psicomotriz es importante dentro del marco de una educación y salud integral de calidad, ya que es concebido como la madurez de los aspectos psíquicos y motrices del ser humano que conllevan a un mejor desenvolvimiento y a su vez permite evitar

sedentarismo en niños menores de siete años , que debido a este problema existe el sobrepeso y obesidad infantil , estos trastornos conllevan a adquirir algunas enfermedades frecuentes que vemos hoy en día, y por tal razón queremos resaltar la importancia del desarrollo psicomotriz y una buena alimentación en los niños, para un crecimiento adecuado y correcto para su edad.

Por lo señalado nos interesa conocer si la obesidad infantil y el desarrollo psicomotriz son factores que condicionan el aprendizaje, de tal forma que nos permita involucrar estas variables en la planificación de la enseñanza.

El estudio en cuestión consta de cinco capítulos: En el primer capítulo se expone el problema, sus objetivos a alcanzar, la justificación del problema y finalmente la hipótesis central.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, en el que se consignan las investigaciones realizadas en relación al tema y los aspectos teóricos fundamentales: influencia de la desnutrición y el rendimiento académico.

En el tercer capítulo se expone en detalle la metodología empleada en la investigación, los procedimientos, tanto en los aspectos cuantitativos, en el cuarto capítulo describe los resultados encontrados y el trabajo estadístico presentados a través de tablas y figuras.

Finalmente en el quinto capítulo se encuentra las discusiones, conclusiones y recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y anexos correspondientes y el instrumento y otros documentos que evidencia la veracidad de la investigación; la misma que se enmarca dentro del ámbito del proceso educativo.

**CAPÍTULO I:**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Mediante la práctica como docentes del nivel inicial, hemos observado que los niños y niñas de dicho nivel presentan deficiencia en el desarrollo psicomotriz, según la edad que presentan, muestran dificultades durante los momentos de realizar diferentes tipos de ejercicios, como volantines, salto con un pie, subir escaleras, etc. Tomando las palabras de la OMS (Organización Mundial de la Salud), define que la obesidad es la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal producida por un desequilibrio calórico y energético entre las calorías consumidas y gastadas, debido a un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos y a un descenso de la actividad física (vida sedentaria), lo cual significa un grave riesgo para la salud.

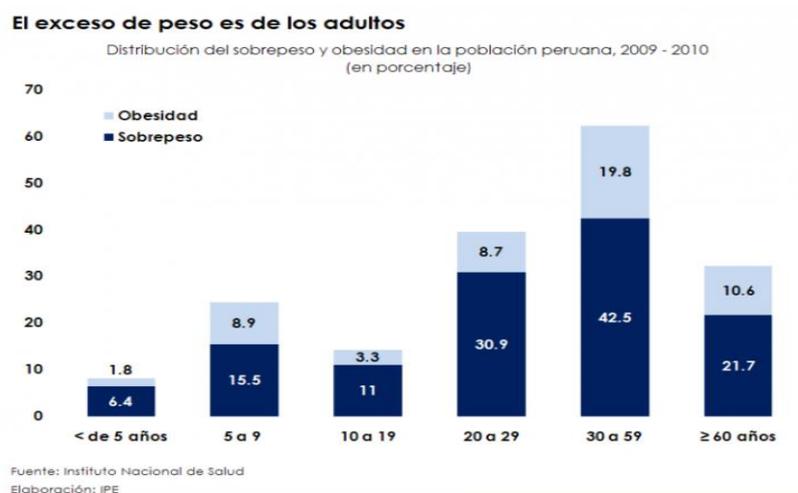
La problemática se acrecienta por que los padres desconocen la forma correcta de una alimentación adecuada e integral de calidad y también de cómo promover el desarrollo psicomotriz de sus hijos, asimismo al parecer las maestras de inicial carecen de las informaciones teóricas que ayuden a entender la relevancia de un adecuado desarrollo psicomotriz y de una sana alimentación.

En la conclusión queremos dar a conocer que la influencia en la obesidad infantil, si influye en el desarrollo psicomotriz del niño, ya que se ha podido observar en la realización de este plan de tesis, que los niños del Kindergarten Spiel und Spass del distrito de Santiago de Surco-Lima, durante sus horas de desarrollo y actividades psicomotrices tienen dificultades durante la ejecución de las actividades físicas, como problemas al realizar volteretas y carreras, ya que se agitan y produce falta de respiración o malestar corporal, y esto se debe que llevan una vida sedentaria y una alimentación desordenada, que hoy en día a los padres se les hace más fácil llevarlos a lugares de comidas rápidas, porque

trabajan todo el día y están fatigados para cocinar alimentos nutritivos y al mismo tiempo realizar actividades deportivas.

El índice de obesidad infantil en el Perú alcanza el 23% en edad escolar y la cifra va en aumento con el paso de los años, advirtió la nutricionista Mayela Ramírez, del Hospital de la Solidaridad.

Según las cifras dadas en la Conferencia Internacional de Nutrición y Obesidad del Ministerio de Salud, la especialista sostuvo que en niños de 6 a 9 años en Lima existe un sobrepeso de 25% y obesidad 28%. “Los indicadores de obesidad a temprana edad se deben a factores hereditarios o por malos hábitos de consumo desde que empiezan sus primeras comidas, también por motivos psicosociales y ambientales, por falta de actividad física e influencia de medios de comunicación”, precisó la especialista del Sisol.



Fuente: [http://ipe.org.pe/sites/default/files/graf\\_distribucion\\_del\\_sobrepeso\\_y\\_obesidad\\_en\\_la\\_poblacion\\_peruana\\_2009\\_-\\_2010.png](http://ipe.org.pe/sites/default/files/graf_distribucion_del_sobrepeso_y_obesidad_en_la_poblacion_peruana_2009_-_2010.png)

El riesgo de obesidad de un niño es 4 veces mayor si uno de sus padres es obeso y 8 veces mayor si ambos lo son. Así mismo, el patrón de distribución de la grasa corporal sigue también la misma tendencia que el observado en los padres. Existe por tanto una base genética heredada de una forma poli génica en un 40-80% de los casos de obesidad. Esta base genética puede actuar a través de diferentes mecanismos: preferencia por determinados tipos de comidas, gasto energético, patrón de crecimiento,

distribución de la grasa, efecto termo génico de los alimentos y grado de actividad física.

En Ginebra hacia la década de los 60 Julián de Ajuriaguerra y Suzane Naville, investigaron a un gran número de niños con problemas de comportamiento y de aprendizaje que no respondían a la terapia tradicional. Propusieron una educación de los movimientos del cuerpo para atender la conducción de los niños típicos, la reeducación de los niños atípicos y la terapia de casos psiquiátricos graves.

La valoración del desarrollo psicomotor es una actividad básica en la aplicación de plan de salud infantil, pues la detección precoz de cualquier disfunción contribuye un tratamiento temprano minimizando las posibles secuelas.

La supervisión del desarrollo psicomotor debe realizarse en todos los controles de salud hasta los 5 años. La información y preocupaciones de los padres al respecto al desarrollo de sus hijos es una de las mejores herramientas para realizar el seguimiento.

Al nacer todos los niños tiene los mismos reflejos, el niño que ve gracias a la estimulación ambiental desarrolla de forma espontánea su psicomotricidad , el niño con discapacidad visual , por el contrario, presenta cierto retraso en su desarrollo motor, a causa de falta de visión , sobre todo en aquellas actividades ligadas al movimiento. La falta de información visual afecta, por lo tanto, al desarrollo de la movilidad porque el niño tiene menos estímulos que motiven su movimiento, un menor control del equilibrio, la imposibilidad de imitación visual, cierto miedo a golpearse con los obstáculos y, en ocasiones, un ambiente excesivamente sobreprotector.

El término “desarrollo psicomotor” es, en ocasiones, objeto de críticas pero es el más utilizado para referirse a la progresiva adquisición de

habilidades del niño, en las diferentes áreas del desarrollo, durante los primeros años de vida. Los márgenes de las edades a las que se aplican no está bien definida pero existe un consenso en limitarlo a los primeros tres años de vida.

También se utiliza los términos “maduración y desarrollo” pero tiene significado diferente: maduración es el proceso de la organización progresiva de las estructuras morfológicas y desarrollo refleja un incremento de las habilidades funcionales (E. Fernández –Álvarez). También se puede decir que dentro del área psicomotriz también se puede ver el aspecto socioemocional, ya que se dice que por medio del juego la infancia amplía su mundo social, adquiere la cultura de la sociedad, aprende a relacionarse con el ambiente social y natural, descubre sentimientos, normas de cortesía , hábitos , aptitudes y valores. Al jugar el niño libera las tensiones que ejerce el ambiente y satisface sus necesidades y deseos.

El desarrollo psicomotor en la actualidad es la base de aprendizaje ,el desarrollo intelectual y la madurez del sistema nervioso , el niño recibe una adecuada estimulación se evitan retrasos psicomotores y se contribuye al desarrollo del esquema corporal , la adquisición de la marcha , la prensión , la organización del espacio y del tiempo , el aprendizaje de ´posturas adecuadas , la orientación espacial y la autonomía personal.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son los factores de la obesidad infantil que afecta el desarrollo psicomotriz de los niños del Kindergarten Spiel und Pass –Santiago de Surco-Lima, 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cómo la estructura familiar influye en el control de la obesidad infantil en los niños del Kindergarten Spiel und Spass. Santiago de Surco-Lima, 2015?

¿De qué manera el desarrollo psicomotriz influye en el crecimiento en los niños del Kindergarten Spiel und Spass Santiago de surco –Lima, 2015?

¿Cuáles son las limitaciones de la obesidad en niños durante su desarrollo psicomotriz en los niños del Kindergarten Spiel und Spass. Santiago de Surco-Lima, 2015?

## **1. 3. Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar cuáles son los factores de la obesidad infantil que afecta en el desarrollo psicomotriz de los niños del kindergarten Spiel und Spass Santiago de Surco, 2015.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Precisar la influencia de la estructura familiar en el control de la obesidad infantil de los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco – Lima, 2015.

Especificar de qué manera el desarrollo psicomotriz influye en el crecimiento de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima, 2015.

Identificar las limitaciones de la obesidad infantil con la finalidad de mejorar el desarrollo psicomotriz de los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima, 2015.

### **1.4. Justificación de la Investigación**

#### **Justificación teórica:**

La presente investigación tiene un valor importante, porque en la actualidad hay diversas causas acerca del incremento de la obesidad infantil debido a factores más comunes como psicológicos y ambientales que conllevan a este problema que son los medios de comunicación con una excesiva afluencia de propagandas publicitarias de comida chatarra y la falta de actividad física.

#### **Justificación socio-económica:**

Mediante esta investigación podemos observar que las clases sociales son muy marcadas, las personas con una economía solvente pueden dar a sus hijos una mejor alimentación con una distribución adecuada de vitaminas, proteínas y carbohidratos, y lo contrario sucede con familias de bajos recursos que consumen gran porcentaje de alimentos hipercalóricos.

Así mismo presento el pensamiento de la Leyes de promoción de alimentos saludables: algunos casos en otros países. Múltiples ciudades y países han implementado medidas para regular la publicidad de alimentos procesados dirigida a niños. Aquí, algunos ejemplos:

Según, MARÍA PÍA BARRIENTOS la polémica en torno a la ley de promoción de alimentos saludables, la cual busca reglamentar la publicidad de alimentos procesados dirigida a niños, continúa. Aunque aquí causa revuelo y sorprende a algunos, mundialmente, la implementación de este tipo de leyes para combatir la obesidad infantil no es una novedad. Es más, según refiere Fabiola Jiménez, directora de la Red Peruana de Alimentación y Nutrición (RPAN), la aplicación de este tipo de medidas es “una tendencia a nivel mundial”.

“La ley forma parte de políticas públicas saludables. Estas son válidas para los estados y los gobiernos, tampoco hay que escandalizarse y decir que esto es autoritario y que se recortan libertades con esto. Se hace en otros países. Inclusive \*algunos países están siendo muy severos con el tema de legislación\*”, refiere Jiménez. Sin embargo, la nutricionista también enfatiza que la obesidad es un tema con diversas causas y que debe ser combatido desde distintos frentes, “entonces es lógico entender que \*una sola ley no va a solucionar el problema\*”.

Hoy en día se ve la falta de información a nivel social acerca de los problemas de obesidad con relación al desarrollo psicomotriz, ya que queremos expresar mediante este proyecto de tesis que para un buen desarrollo psicomotor es necesario tener conocimiento una buena alimentación balanceada para que no afecte la su desarrollo emocional.

## **1.5 Limitaciones de la investigación**

En el desarrollo de la presente investigación, presento una serie de problemas que sin duda nos llevó a realizar los esfuerzos necesarios con el fin de cumplir con nuestros objetivos trazados. Una de ellas es la limitación del factor económico, ya que es un tema de vital importancia pues la adquisición de textos, impresiones, transportes necesariamente requiere tener una economía solvente para poder cubrir estos gastos y a la vez también otra limitación es de orden laboral.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes de la investigación**

A nivel Internacional se han encontrado diferentes trabajos de investigación que tiene relación con el estudio, las cuales a continuación describimos.

España Paez, Natacher Zaida, el 2009 en Venezuela, realizo un estudio titulado: "Prevalencia de obesidad en escolares que asisten al ambulatorio la sabanita. Diciembre 2009- febrero 2010", con el objetivo principal de determinar la prevalencia de obesidad en escolares que asisten al Ambulatorio La Sabanita, siendo la metodología de tipo descriptiva y de corte transversal, la población estuvo conformada por escolares obesos con edades entre 7 y 12 años, que asistieron al ambulatorio, se les realizó una encuesta tipo cuestionario a los padres y representantes donde se recolectaron datos personales, y se llegó a las siguientes conclusiones "La obesidad en escolares está presente en nuestra población de una manera significativa, motivo por el cual es importante aceptar que la misma es una patología que induce a otros problemas de salud más graves a futuro, la alimentación fuera del hogar y frecuencia tiene mucho que ver en el desarrollo de obesidad en los escolares, asimismo el déficit de actividad física incluye de forma significativa en la excesiva ganancia de peso."

Aguilar Aristegue Elizabeth el 2008, en Londres, realizó un estudio titulado: "Sobrepeso Y Obesidad en Adolescentes que estudian el Nivel Medio Básico", cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad según género y edad en adolescentes que estudian el nivel medio básico en Villahermosa, siendo un estudio epidemiológico en su modalidad de encuesta transversal, el muestreo fue probabilístico estratificado con asignación proporcional al tamaño de cada estrato (grado escolar) para una muestra de 101 adolescentes. Se utilizó una cédula de registro que constó de dos secciones, la primera correspondió a

los datos demográficos y la segunda corresponde al registro de medidas antropométricas. Se midió el IMC en base a percentiles por edad y género, y se llegó a la siguiente conclusión: “Se identificó alta proporción de adolescentes con obesidad y sobrepeso, con predominio en las mujeres, en relación a la edad y al IMC, se encontró que a mayor edad, son más frecuentes el sobrepeso y la obesidad en los adolescentes participantes de este estudio.”

Guiomar María Hernández Álvarez con su tesis “Prevalencia de sobrepeso y obesidad, y factores de riesgo, en niños de 7-12 años, en una escuela pública de Cartagena septiembre- octubre de 2010” tiene por objetivo: determinar la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad, e identificar, los factores de riesgo en niños de 7 a 12 años, de la Institución Educativa John F. Kennedy de Cartagena. Métodos. Estudio descriptivo para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, e identificar, los factores de riesgo presentes en la población de 269 escolares de 7 a 12 años, matriculados en la Institución Educativa John F. Kennedy de Cartagena. Todos respondieron una encuesta conformada por tres instrumentos, ENSIN (Información general, datos antropométricos y datos socioeconómicos), Frecuencia de consumo de alimentos y cuestionario de actividad física para niños mayores PQA-C. Se midió el peso y la talla, y se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, se utilizó como referencia los datos del patrón de crecimiento de referencia internacional para el grupo de 5 a 18 años del NCHS/OMS del 2007 y adoptados por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en el 2010. Las variables se analizaron mediante estadísticas descriptivas. Resultados. Los resultados indican que el exceso de peso afecta al 24,1% de los escolares: sobrepeso 15,99 % y obesidad 8.18%. La prevalencia de sobrepeso en hombres, fue de 58,14% y en mujeres, de 41,86%. La prevalencia de obesidad en hombres fue de 59,09%, mientras que en mujeres fue 40.91%; el grupo de 10 a 12 años, es el que presenta mayor porcentaje de sobrepeso

(65,12%), y de obesidad (64,63%). El grupo estudiado presenta conductas alimentarias no adecuadas y un nivel de actividad física bajo, predominio de poca actividad física diaria, escasa práctica de deportes, un promedio elevado de horas frente al televisor, a los videojuegos o al computador.

Conclusiones. Es evidente que existen períodos durante el crecimiento y el desarrollo, como en el caso de los escolares, en donde el riesgo de desarrollar el sobrepeso y la obesidad, es más alto, no solo por la etapa biológica en la que se encuentran, sino también por el tipo de hábitos alimentarios que tienen: no desayunar, consumo de mecatos y comidas altas en hidratos de carbono, refinados y lípidos, y la reducción de la actividad física; es decir, cada vez se hacen menos actividades moderadas y ejercicio físico, y se realizan más actividades sedentarias, como ver por muchas horas televisión, dedicar bastante tiempo a los juegos de video, navegar diariamente en internet, etc. Por lo tanto, se hace necesario realizar investigaciones, que incluyan al sobrepeso, a la obesidad, y a sus factores asociados, con el fin de plantear y ejecutar acciones, que proporcionen soluciones efectivas, para controlar estos eventos.

A nivel Nacional se han encontrado diferentes trabajos de investigación que tiene relación con el estudio, las cuales a continuación describimos.

En nuestro país se conoce el trabajo desarrollado por Villanos Erquino Sofía Milagros el 2004, en Lima Perú, realizó un estudio titulado: "Obesidad Infantil en el Centro Médico Naval", el objetivo primordial fue determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de los instituciones de la Fuerza Aérea del Perú (FAP) de Lima, siendo un estudio prospectivo, la población incluyó a la totalidad de escolares de educación primaria de los institución Manuel Polo Jiménez y José Quiñones Gonzales, el estudio consistió en la evaluación antropométrica

de peso y talla, evaluándose las diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad y institución de procedencia. Los datos fueron analizados empleando estadística no paramétrica y agrupados empleando percentiles de Índice de Masa Corporal (IMC). Se consideró sobrepeso a aquellos niños con un IMC mayor del percentil 85 y de obesidad a aquellos con un IMC mayor del percentil 95, y se llegó a la siguiente conclusión:

“Las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron algo similares a las reportadas por otras series nacionales y similares a las reportadas en la encuesta NHANES III de 1994.

En la actualidad, las prevalencias reportadas a nivel internacional son muchos mayores, recatándose las variaciones de estas con tiempo.”

Según los tesisistas Mavel Magaly Rosado-Cipriano, Veronika Liliana Silvera-Robles y Jorge Richard Calderón-Ticona con su tesis “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares” (2011)...nos dice que tiene por objetivo determinar la prevalencia de obesidad en niños escolares de seis a diez años del distrito de Cercado de Lima. Material y Métodos. El estudio se llevó a cabo en cuatro instituciones educativas de nivel primario del Cercado de Lima, las cuales fueron seleccionadas al azar. La población estudiada fue de 600 escolares, de seis a diez años de edad, de ambos sexos (300 del sexo masculino y 300 del sexo femenino), distribuidos en cinco grupos etarios. Los valores del índice de masa corporal (IMC) fueron analizados según las tablas del CDC, teniendo como valores diagnóstico entre percentil 85 y 95 para sobrepeso y percentil más de 95 para obesidad. Y teniendo como resultados: se halló una prevalencia de 22% (132/600) de sobrepeso y un 22,8% (137/600) de obesidad. Según sexo, en varones: sobrepeso 19,7% (59/300) y obesidad 28,7% (86/300); y, en mujeres: sobrepeso 24,3% (73/300) y obesidad 17,0% (51/300) en mujeres. Hubo diferencia significativa en la prevalencia

de obesidad. Y, hubo mayor obesidad en los niños de ocho años (mujeres 13,3% y varones de 38,3%) y nueve años (mujeres 11,7% y varones 30,0%) ( $p = 0,003$  y  $p = 0,02$ , respectivamente). Dándole como conclusiones. Hubo una elevada prevalencia de sobrepeso (22,0%) y obesidad (22,8%) en los escolares del cercado de Lima.

A continuación presentamos la siguiente tesis “Juego, coopero y aprendo para el desarrollo psicomotor de niños de 3 años de una I.E. Callao”, de la Universidad San Ignacio De Loyola , en la presente investigación se recurrió a utilizar como instrumento el test de desarrollo psicomotor (TEPSI), el diseño seleccionado en el presente estudio fue el diseño pre experimental , de pre test y post-test, la muestra fue constituida por 16 alumnos de 3 años de un aula de turno mañana, que presento deficiencia en su desarrollo psicomotor, cuya muestra pertenece de 105 alumnos de nivel inicial turno mañana, el resultado obtenido se puede encontrar que la fiabilidad de la prueba original ,con los ítems es de alta confiabilidad que se analizó a través de alfa de Cronbach, obteniendo para el test total=89.9,también fue significativo la fiabilidad de subtest coordinación =61.3,lenguaje =81.1y motricidad =85.0 ,llego a la conclusión que la aplicación del programa juego ,coopero y aprendo muestra la efectividad al incrementar los niveles del desarrollo psicomotor en niños de 3 años , optar el grado académico de maestro en educación mención de psicopedagogía de la infancia Lima-Perú (Gastiaburú Farfán Gloria Marina -2012).

El presente trabajo nos llamó mucho la atención, ya que tiene temas en común con el trabajo que estamos realizando, porque estudiamos el desarrollo psicomotor de niños de 3 o 4 años que es una etapa fundamental e importante para el desarrollo psicomotriz y para fortalecer aquellas áreas que todavía no han sido reforzadas. En la actualidad se habla bastante del tema desarrollo psicomotriz y cada vez va

evolucionando más con un mismo fin de ayudar al niño que desarrolle sus capacidades para que tenga un desarrollo total de sus habilidades.

Pajuelo Jaime, Rocca Jesús, Gamarra Marco;( 2003), Lima Perú, realizó un estudio titulado: "Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas", cuyo objetivo fue determinar las características antropométricas, bioquímicas y sus relaciones en niños con obesidad exógena. Material y métodos: Se estudió 50 niños y adolescentes (25 varones y 25 mujeres) comprendidos entre los 6 a 18 años, que presentaban un índice de masa corporal (IMC) por encima del 95 percentil para la clasificación de Must y col, y se llegó a la siguiente conclusión:

“El mayor problema que presenta el niño obeso es la hipertrigliceridemia. La obesidad y las dislipidemias pudieran ser factores de riesgo independientes y no necesariamente uno consecuencia del otro.”(18)

## **2.2. Bases legales de la investigación**

De la Constitución Política del Perú de 1993 se desprende las siguientes bases legales:

### **Ley N° 30021:**

El presidente del congreso de la república:

Por cuanto:

El congreso de la república ha dado la ley siguiente

**“Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes”**

### **Artículo 1: Objeto de la ley**

La presente Ley tiene por objeto la promoción y protección efectiva del derecho a la salud pública, al crecimiento y desarrollo adecuado de las personas a través de las acciones de educación, el fortalecimiento y fomento de la actividad física, la implementación de kioscos y comedores

saludables en las instituciones de educación básica regular y la supervisión de la publicidad, la información y otras prácticas relacionadas con los alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidos a los niños, niñas y adolescentes para reducir y eliminar las enfermedades vinculadas con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas conocidas como no transmisibles.

### **Ley 29544, El presidente del congreso de la república:**

Por cuanto:

El congreso de la república ha dado la ley siguiente

Ley que modifica artículos de la ley núm.28036, ley de promoción y desarrollo del deporte

“Artículo 1°.-Principios Fundamentales

Derecho Humano

La práctica del deporte en general constituye y. Como tal, es inherente a la dignidad de las personas .El estado y la sociedad propician y garantiza el acceso a su práctica y la integración de las personas al sistema deportivo nacional (SISDEN) sin discriminación en razón de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de otra índole.

Por tanto:

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, aceptándose las formulaciones aceptadas por el señor Presidente de la República, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la Constitución Política del Perú, ordeno que se publique y cumpla

En Lima a los veintiún días del mes de Junio de dos mil diez.

### **Según el DCN el desarrollo de la psicomotricidad:**

Área: Relación consigo mismo

Fundamentación

El área está encaminada a contribuir al desarrollo individual del niño de su totalidad corporal, sus posibilidades, la construcción de su propia identidad a partir del conocimiento de sí mismo y de las experiencias con su entorno.

Explora de manera autónoma el espacio y los objetos e interactúa con las personas en situaciones de juego y de la vida cotidiana, demostrando coordinación motora.

## **2.3. Bases teóricas de la investigación**

### **2.3.1. Fundamentación teórica de la obesidad infantil**

Los problemas nutricionales en el país, incluyendo la desnutrición infantil, la anemia, el sobrepeso y la obesidad tienen un factor preponderante que es el consumo de alimentos de baja calidad nutricional. Sin embargo, también contribuyen las limitaciones en el consumo de productos alimentarios de origen animal para niños de hogares rurales y de verduras y frutas tanto en hogares rurales como urbanos, creando una situación de doble carga de enfermedad – desnutrición y obesidad- a nivel poblacional, acentuada por el acompañamiento de patrones no saludables de alimentación que caracteriza un elevado consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono simples, de bebidas gaseosas y posiblemente de comida “chatarra”, así como una reducción en el consumo de alimentos naturales. Esto ocurre en un contexto nacional de una oferta alimentaria diversa y donde la gastronomía se manifiesta como un “boom” en los últimos 5 años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La obesidad definida como el aumento de grasa corporal; hasta hace poco se le daba poca importancia clínica, pero ha adquirido una gran trascendencia en nuestros días debido a su elevada prevalencia tanto en

los países desarrollados como los que están en vías de serlo. El ser obeso significa una disminución en la expectativa de vida de por lo menos 7 años porque se presenta alteraciones físicas, fisiológicas o psicológicas y se complica con las consecuencias a corto, mediano y largo plazo como: diabetes, hipertensión, desarreglos hormonales, hiperlipidemia, depresión por el bullying, etc.

La obesidad infantil es un problema de salud caracterizado por el exceso de grasa corporal en el cuerpo de los niños y niñas. Dicho nivel de adiposidad supone todo un condicionante para su salud general y su bienestar, predisponiéndole a sufrir otras patologías secundarias y asociadas. Esta patología se caracteriza por un aumento de la masa grasa y en consecuencia por un incremento de peso. Existe pues un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. El término crónico se aplica debido a que forma parte del grupo de enfermedades que no podemos curar con el arsenal terapéutico del que se dispone en la actualidad.

No se debe confundir peso excesivo con obesidad, ya que por ejemplo un culturista puede tener un peso elevado pero a expensas de la masa muscular; la insuficiencia cardíaca puede producir una retención de agua y también producir un aumento de peso, y lo mismo puede ocurrir con la insuficiencia hepática y renal; por eso para entender mejor esta diferencia una persona obesa tiene sobrepeso, no obstante una persona con sobrepeso no tiene que ser necesariamente obesa, pero no hay que olvidar que el sobrepeso es el primer paso hacia la obesidad.

También podemos decir que el sobrepeso es un exceso de peso mientras que la obesidad es un exceso de grasa o tejido adiposo. Normalmente una persona con sobrepeso es una persona que come más de lo que necesita su organismo para estar en equilibrio, en cambio una persona

obesa, su sobrepeso tiene relación con alguna enfermedad, ya sea hipotiroidismo, enfermedad de Cushing o por consumo de fármacos.

### **2.3.1.1. Aspectos conceptuales de la obesidad infantil**

Debiendo cumplir con los aspectos conceptuales acerca de la obesidad que es la variable independiente me permito transcribir lo siguiente:

Un alto porcentaje de la población de México, así como de la de algunos países desarrollados como estados unidos ,padecen obesidad esto quiere decir que no se trata de un problema ligado al grado de desarrollo económico pues resulta paradójico qué en un país donde la mitad de la población es pobre de forma simultanea se padezca este trastorno alimenticio.

“La obesidad se ha definido como peso corporal excesivo, sin que se pueda definir a partir de un porcentaje superior al peso ideal de la persona ya que no se debe tomar en cuenta otros factores tales, como sexo, edad, y tamaño de la estructura corporal. La obesidad también se puede definir como exceso de grasa corporal. Sin embargo, tampoco se trata de un parámetro aceptado universalmente o que determine otros parámetros precisos”.( Lexus,2012 ,p.p.143-144).

En México se da un paradigma, ya que hablan de la obesidad infantil que existe en una parte, o por decir en la mitad de su población, ya que al igual que en otros países también tiene su lado donde hay pobreza, Ellos llegan a definir la palabra obesidad como peso excesivo a su peso real tomando en cuenta el sexo, edad y tamaño.

Según el diccionario “Definición ABC” nos dice que la obesidad es una enfermedad crónica que puede ser causada por una multiplicidad de factores y que se caracteriza especialmente por la acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo humano. En

tanto, la obesidad infantil consiste en la acumulación excesiva de grasa corporal, en el tejido adiposo, la cual puede percibirse por el aumento del peso corporal cuando el mismo supera el 20 % del peso ideal, según la edad, la talla y el sexo del niño en cuestión. Para poder conocer cuál es el peso ideal que debería tener un niño que se encuentra entre los 2 y 5 años de edad, se debe multiplicar la edad en años por dos más ocho. Por ejemplo, si la niña tiene 4 años debes hacer el siguiente cálculo:  $4 \times 2 + 8 = 16$  kg. Es lo que debería pesar. Recuperado: [www.definiciónabc.com/salud/obesidad-infantil.php](http://www.definiciónabc.com/salud/obesidad-infantil.php).

La Organización Mundial de la Salud (2013). Sobrepeso y Obesidad infantil: indica que la prevalencia de obesidad infantil tiene características de epidemia mundial, debido a que su persistencia en la adultez es causa de una alta tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, entre otras enfermedades crónicas no transmisibles. En un estudio realizado en la Habana, Cuba a 122 infantes de ambos sexos (59 niñas y 63 niños), cuyas edades oscilaban entre 1 y 5 años, se encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 9,0 % y 7,4 %, respectivamente; a su vez, la asociación estadística fue significativa entre la obesidad y las variables: antecedentes familiares de obesidad y el bajo peso al nacer lo que nos indicaría que estos factores contribuyen a la aparición temprana de la obesidad y el sobrepeso infantil. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.

“En Perú según el Ministerio de Salud (MINSA) 2012 el departamento con mayor índice de obesidad se encuentra en Moquegua (62%), Tacna (61 %) y Madre de Dios (59%).(5) y a nivel departamental 2012, Lima se encuentra en sexto lugar en prevalencia de obesidad con un 55% a diferencia del 2010 que solo era de 39.6 %.

En el 2010 a nivel nacional el 23.6% de niños menores de 5 años tuvo sobrepeso y en Latinoamérica nuestro país tuvo mayor tasa de obesidad y/o sobrepeso en niños menores de 5 años, afirma el Instituto Nacional de Salud del Niño.

También podemos definir que dentro de las enfermedades crónicas esta la obesidad que puede ser causado por muchos factores tales como excesiva acumulación de grasa o hipertrofia y al mismo tiempo nos informa de cómo debería ser el peso real de una persona, en este caso el de un niño”(MINSA,2012,p.p.11,15,34).

Debiendo cumplir con los aspectos conceptuales acerca de la obesidad que es la variable independiente me permito transcribir lo siguiente:

María Soledad Achor, Néstor Adrián Benítez Cima, Evangelina Brac , Dra. Silvia Parslund (2007)Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina .obesidad infantil: La obesidad es un trastorno multifactorial en la que están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales. Es así que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas. Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo.La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento

de la energía que es lo que define la estructura física. Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %. La inactividad física permite que los niños dediquen mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, esto condiciona la ganancia excesiva de peso. Recuperado: med.unne.edu.ar/revista/revista168/6\_168pdf.

Desde mi punto de vista la revista nos quiere transmitir que la obesidad es un tipo de trastorno en la cual abarca muchos factores como genéticos, sociales, ambientales que al final conllevan al sobrepeso, e incluso también la inactividad física, hace que un incremento de volumen de masa corporal. También nos habla que el factor genético se relaciona con el sedentarismo, asimismo se vincula a que si los padres son de contextura gruesa, sus hijos también lo serán.

### **2.3.1.2 Aspectos teóricos de la obesidad infantil**

Las teorías de la obesidad relaciona la clasificación del depósito excesivo de grasa en dos categorías: Hipertrófica con el incremento en el tamaño de las células grasosas hiperplasia con aumento en el número de adipocitos.

Desde siempre se ha sabido que la obesidad constituye un problema de salud; Avisena, (Hakim Iben-e-sina) el legendario médico persa, escribía en el siglo X en "El Canon": "las gentes obesas tiene riesgo de muerte súbita...son vulnerables a los ataques de hemiplejia, palpitación, desmayos y fiebre debido a su temperamento frio.

Galeno identifica dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera la considera como natural y la segunda como mórbida.

En su libro *De Sanitate Tuenda*, Galeno expone que: «El arte higiénico promete mantener en buena salud a aquellos que lo obedecen, pero no así a aquellos que no lo hacen». Galeno veía, por tanto, la obesidad en relación a un estilo de vida inadecuado. Algunos de sus consejos van dirigidos a intentar corregir esta desviación: «Yo he conseguido adelgazar a un paciente obeso en un tiempo breve aconsejándole que corriera velozmente». Tras el ejercicio, «...le di abundante comida poco nutritiva a fin de saciarle y de que aquella se distribuyera poco en el cuerpo entero».

Galeno aprovecha a criticar en este tiempo la preparación -entrenamiento- que llevan a cabo los generales, tachándola de perezosa y poco activa, porque la no ejercitación en la palestra provoca la obesidad y la falta de virtud espiritual e incluso algunos llegan a engordar tanto que se les hace imposible respirar.

Según Zukerfeld (2011) la imagen corporal definida como la representación consiente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado. El registro de la forma o figura, clásicamente conocido por esquema corporal, hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso) ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan propone que la sobre ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Pero es interesante saber que todavía no es clara la

relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias. Sin embargo, hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de los sujetos obesos, por lo que se deben redefinir los problemas a los que se enfrenta un sujeto con exceso de peso es importante. Hilde Bruch (2005) señala que el hambre es un fenómeno constitucionalmente “impreso” en el ser humano, quien aprende a diferenciarla de otras necesidades y tensiones. También carga ella el acento en la importancia que tiene el hecho de que la madre responda adecuadamente, es decir, con la suficiente capacidad empática, a los indicadores con los que el bebé demuestra esa necesidad o tensión específica que clama por una adecuada descarga o satisfacción (la cual depende casi exclusivamente de esa respuesta materna). Tanto Bruch como todos los autores contemporáneos señalan la trascendencia que tiene la respuesta materna adecuada ante la demanda del niño durante las primeras etapas del desarrollo, en las cuales la madre debe ser capaz de decodificar el lenguaje sin palabras del bebé. Si esta respuesta no es adecuada, se pueden generar trastornos –potencialmente patógenos- en el desarrollo armónico de la personalidad, los que se mostrarán en la adolescencia cuando aparezca una marcada dificultad en la identificación de las propias sensaciones y la persona busque calmar cualquier reclamo interior con una ingesta. Esta búsqueda –vana por cierto- lleva al aumento de peso, el que no será revertido en la medida en que el comer sea utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión. Si bien la combinación de ciertas características psicológicas (antes descritas) pueden encontrarse en la génesis de la obesidad, no se presentan como únicos factores sino interactuando con otros ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc.).

Según esta teoría la imagen corporal es subjetiva, puede ser representativa y definida. Los casos de obesidad se relacionan con el estrés, ansiedad por la misma sociedad, que en la actualidad vivimos con el tiempo en contra, y eso es causal de la sobre ingesta de alimentos.

### **2.3.1.3 Clasificación basada en el índice de masa corporal (IMC)**

Esta clasificación es la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es el parámetro más empleado para definir la obesidad en niños y adolescentes es el índice de masa corporal (IMC) y éste equivale al cociente peso en kg/talla<sup>2</sup>.

Esta fórmula expresa una relación entre peso corporal y altura que no se corresponde exactamente con el contenido corporal de grasa, pero que sirve para evaluar de una forma bastante aproximada la grasa corporal.

Existen 4 posibles clasificaciones para el exceso de peso en el niño:

- Obeso de alto riesgo.
- Sobrepeso de alto riesgo u obeso.
- Sobrepeso o en riesgo.
- No tiene sobrepeso.

La obesidad suele clasificarse, según la distribución del exceso de grasa en:

Central o visceral (androide): que se caracteriza por el acúmulo de la grasa en el tronco y el abdomen (tipo manzana).

Periférica (ginoide): donde el acumulamiento sucede en la región glúteo-femoral (tipo pera).

Generalizada: este tercer tipo de obesidad se añade, pues es la más característica de los niños y adolescentes. En esta variedad no existe una distribución regional de la grasa, por lo tanto resulta difícil distinguirla del tipo de obesidad central, con la que parece coincidir en sus complicaciones tardías.

### **2.3.1.4 Síntomas de la obesidad:**

Guía infantil:recuperado <http://www.guiainfantil.com/salud/obesidad/causas.htm>

- Dificultad para desarrollar algún deporte u ejercicio, debido a la dificultad para respirar.
  - Cansancio.
  - Enfermedades cardiovasculares.
  - Baja autoestima.
  - Aislamiento social.
  - Discriminación.
  - Depresión.
  - Diabetes, triglicéridos y ácido úrico
  - Las niñas obesas pueden entrar a temprana edad a la pubertad, tener ciclos menstruales irregulares.
  - Aumento de peso corporal.
  - Mayor facilidad para padecer hipertensión e hipercolesterolemia.
  - Las burlas de sus compañeros, o la dificultad para rendir en los deportes y juegos.
  - Dificultad para dormir bien, que se deriva de los ronquidos y despertares frecuentes.
  - Se puede producir una infiltración grasa del hígado.
- 
- Baja resistencia

Las personas con obesidad (gordura) y el sobrepeso tienen menos resistencia física. Los síntomas típicos de la baja resistencia física son un cansancio rápido y, a veces, también dificultad respiratoria ante esfuerzos físicos.

- Sudoración

Los síntomas típicos de la obesidad y el sobrepeso comprenden también el aumento de la sudoración: las personas con fuerte sobrepeso son propensas a una fuerte sudoración debida no sólo al esfuerzo físico o las altas temperaturas.

- Molestias articulares

Un síntoma frecuente de la obesidad y el sobrepeso son las molestias articulares: el sobrepeso permanente conlleva una sobrecarga de las articulaciones, sobre todo en la zona inferior de la columna vertebral, en las articulaciones de la cadera así como en las de la rodilla y del tobillo.

### **2.3.1.5 Causas de la obesidad**

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantiles es el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantiles es atribuible a varios factores y tales como:

- El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.

Comidas atractivas, pero sin nutrientes para los niños

Muchos padres tienen que dividirse entre las múltiples tareas, laborales y domésticas, y les resulta más cómodo ofrecer una comida rápida a sus hijos. Empiezan con los bollos industriales, siguen los 'nuggets' (rebozados preparados de pollo), y terminan con las chuches. Día tras día, estos hábitos alimenticios se convierten en una mala costumbre. Las comidas resultan muy atractivas por su aspecto, pero no llevan los nutrientes ni las vitaminas necesarias para que los niños crezcan fuertes y sanos.

Para esos padres, normalmente los que nunca tienen tiempo, lo más importante es saciar el hambre de sus hijos, sin preocuparse si están o no comprometiendo el futuro de su salud. Los padres, del mismo modo que muchos abuelos, también pecan con la preocupación exagerada por la cantidad de comida que consumen los niños. Les ofrecen unos menús sin considerar los controles cuanto a las grasas, azúcares, y otros

componentes que solo engordan. Existen más informaciones sobre el tema, pero los hábitos siguen cambiando para peor.

Lo ideal, según los expertos, es que un niño consumiera unas dos mil calorías diarias y que, la mitad de ellas, fuese cubierta por los hidratos de carbono, un tercio por las grasas y el resto por proteínas. Pero, en lugar de comer pan, arroz o legumbres, los niños están comiendo dulces, refrescos y golosinas.

La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización.

#### Sedentarismo y obesidad infantil

Aparte del consumo de alimentos con alto contenido en grasas y azúcares, el sedentarismo de muchos niños les hace más obesos. El practicar una actividad física es esencial a su crecimiento y a su salud. El estilo de vida que llevan los niños también ha cambiado mucho. La mayoría de las actividades que realizan se concentran en torno a la televisión, al ordenador y a los videojuegos. Muchas familias, por la falta de tiempo o por comodidad, acaban dejando a los niños delante de la televisión toda una tarde, en lugar de llevarlos al parque o a cualquier otra actividad que les favorezcan más.

Los juegos al aire libre, las excursiones, los deportes, etc., son cada día sustituidos por actividades sedentarias. Según las últimas encuestas, los niños españoles pasan una media de 2 horas y media diarias viendo la televisión y media hora adicional jugando a los videojuegos o conectados a la Red.

- Causas sociales de la epidemia de obesidad infantil

La OMS reconoce que la prevalencia creciente de la obesidad infantil se debe a cambios sociales. La obesidad infantil se asocia fundamentalmente a la dieta malsana y a la escasa actividad física, pero no está relacionada únicamente con el comportamiento del niño, sino también, cada vez más con el desarrollo social y económico y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación y procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos.

El problema es social y por consiguiente requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales.

Al contrario de la mayoría de los adultos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen. Asimismo, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento. Por consiguiente necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de obesidad.

Falta de actividad física en los niños

Existen, además del mal hábito alimentario y la falta de actividad física, que son los que encabezan los motivos por los que la sociedad tenga sobrepeso, otros factores que determinan la obesidad infantil. Puede haber influencias sociales, fisiológicas, metabólicas y genéticas. Un niño con padres obesos, por ejemplo, estará predispuesto a ser obeso también. Sea por una cuestión social, de mal hábito alimentario, o por genética. También se puede presentar obesidad en caso de que el niño sufra algún trastorno psicológico.

### **2.3.1.6 Factores de la obesidad infantil**

#### **2.3.1.6.1. Factores de riesgo**

“Existen muchos factores de riesgo de la obesidad y actualmente ésta debe considerarse como un síndrome plurifactorial cuyos componentes varían de un individuo a otro de una manera más cuantitativa que cualitativa y de factores que se condicionan unos a otros formando una especie de círculo vicioso que cada vez agrava más la situación”

Genéticos:

- Factores hormonales y neurales relacionados con el control normal del peso. Incluyen las señales a corto y largo plazo que determinan la saciedad y la actividad de alimentación.
- El número y tamaño de las células adiposas, la distribución regional de la grasa corporal y el índice metabólico en reposo.
- Los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de tener problemas de peso.

Sistema nervioso central:

- Alteración en los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer (de manera específica en el encéfalo), causando hiperfagia.

Endocrinos:

- El desequilibrio hormonal primario que al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía, o ambos, da por resultado un balance energético positivo, con el consiguiente almacenamiento en el tejido adiposo. Metabólicos.
- La anormalidad metabólica básica puede incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo causando obesidad:

- Desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos.
- Aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono.

Nutricionales:

- La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero el inicio de la obesidad presenta particular importancia en los primeros meses de edad.
- En la lactancia se ha señalado como causa de sobrealimentación, el aporte temprano de alimentos hipercalóricos, la introducción temprana de alimentos sólidos y la fórmula láctea hiperconcentrada.
- La sobrealimentación en la etapa preescolar cuando se violenta la anorexia fisiológica de estas edades a base de estimulantes de apetito, poli vitaminas.

Actividad física:

- Una actividad física leve puede convertirse en factor predisponente de obesidad.
- Las personas obesas debido a su menor movilidad promueven más sedentarismo y da origen al círculo vicioso obesidad sedentarismo-obesidad.

#### **2.3.1.6.2. Factores ambientales:**

“Una dieta hipercalórico, con abuso de alimentos ricos en grasas y azúcares, y que suponga una ingesta energética superior a las necesidades reales durante largos periodos de tiempo, tiene como consecuencia un importante incremento de la grasa corporal. Ver la televisión es un importante factor de riesgo para desarrollar obesidad porque, además de tratarse de una actividad sedentaria que sustituye a otras en las que sí se consume energía, facilita que se siga comiendo, e

incluso se limite a personajes con malos hábitos alimentarios (tan importante se considera la influencia de la televisión sobre los más pequeños que, en Estados Unidos, se modificó la dieta del Monstruo de las Galletas de Barrio Sésamo, convirtiéndolo en un gran aficionado a las verduras). El ordenador y las consolas suman horas al sedentarismo infantil, especialmente a partir de los siete u ocho años, y han sustituido a otras actividades como juegos y deportes al aire libre, que ayudaban a mantener el equilibrio entre el consumo de calorías y el gasto de energía”.(Hassink,2010,p.2).

#### **2.3.1.6.3. Factores socioeconómicos**

En general se observa que los hijos de familias con bajo nivel de ingresos y de educación consumen alimentos con alto valor calórico y son más proclives a desarrollar sobrepeso y obesidad que sus contrapartes con niveles educativos y económicos más altos, quienes tiene mayores posibilidades de alimentación sana y de acceder a los servicios de salud, paseos y ejercicio al aire libre o establecimientos de ejercicio formal.

El género también influye en el impacto del nivel socioeconómico sobre el desarrollo de obesidad. Las mujeres pobres son dos veces más propensas a desarrollar obesidad que los hombres pobres. Por el contrario, una mujer de buen nivel socioeconómico tiene menos riesgo a volverse obesa que un hombre del mismo nivel. Sin embargo, un hombre “opulento” es significativamente más proclive al sobrepeso que otro con bajo nivel socioeconómico.

#### **2.3.1.6.4. Factores psicológicos**

Los hijos de madres o padres solteros, parejas divorciadas o separadas, alcohólicos o adictos, muestran con mayor frecuencia, que los que viven en familias integradas y sin desviaciones, alteración de las conductas y

hábitos de alimentación, que se manifiestan como sobrepeso, obesidad, desnutrición o bulimia.

Del 20 al 40% de los adolescentes con obesidad severa (grado III o mórbida) son “comedores compulsivos”. Los comedores compulsivos muestran preocupación por su figura y su peso; así como, síntomas de depresión y ansiedad con baja autoestima cuando se comparan con obesos no compulsivos

La autoestima en los niños obesos varía con la edad y el sexo. Las niñas tienen más riesgo de problemas de autoestima que los niños. La aceptación de los padres y la despreocupación por la obesidad pueden ser factores protectores de la autoestima, si bien dificultan la búsqueda de ayuda y el tratamiento. Entre los adolescentes obesos grado III, alrededor de la mitad tienen síntomas depresivos moderados a severos y más de un tercio reportan niveles altos de ansiedad. Las adolescentes obesas se aíslan y se involucran más en conductas riesgosas y antisociales como drogadicción y alcoholismo que sus pares sin esta enfermedad y tienen también mayores intentos suicidas que las no obesas.

✓ Alteraciones psicológicas en la obesidad.

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos. La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas. La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas

con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas.

Los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios. sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida – recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo.

#### **2.3.1.7. Complicaciones de la obesidad infantil**

Los niños obesos tienen un riesgo considerablemente mayor de padecer estas enfermedades y de desarrollar obesidad mórbida, la forma más grave del trastorno, al llegar a la edad adulta.

El sobrepeso, además, puede tener consecuencias negativas sobre el desarrollo emocional de niños y adolescentes. La obesidad, a pesar de su prevalencia, no está bien vista socialmente y puede generar en las personas que la padecen, y especialmente en aquellos cuya personalidad no está formada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima. Pueden

sentirse rechazados y aislarse, además de desarrollar actitudes antisociales y depresión infantil.

La baja autoestima y la intimidación: Los niños suelen molestar o intimidar a sus compañeros con sobrepeso, por lo que sufren una pérdida de la autoestima y un mayor riesgo de depresión como resultado.

El comportamiento y problemas de aprendizaje: Los niños con sobrepeso tienden a tener más ansiedad y pobres habilidades sociales que los niños con peso normal. El estrés y la ansiedad también interfieren con el aprendizaje.

Depresión: La baja autoestima puede crear sentimientos abrumadores de desesperación en algunos niños con sobrepeso. Cuando los niños pierden la esperanza de que su vida va a mejorar, pueden deprimirse. Un niño deprimido puede perder interés en las actividades normales, dormir más de lo normal o llorar mucho. De cualquier manera, la depresión es tan grave en los niños como en los adultos. Si cree que su hijo está deprimido, hable con él o ella y comparta sus preocupaciones con su médico.

### **2.3.1.8 Tratamiento y prevención de la obesidad infantil**

Guía

infantil, recuperado: <http://www.guiainfantil.com/salud/obesidad/prevencion.htm>

El tratamiento de la obesidad infantil no es una tarea fácil, ni para los médicos, ni para la familia, ni para los niños ya que hoy en día el tratamiento se basa en la modificación de los estilos de vida, lo que implica en la alteración de sus hábitos alimentarios y físicos.

Cuanto mayor sea el niño, más difícil será practicar esos cambios, pero no imposible. En la última investigación acerca del sobrepeso en la infancia, entre otras cosas, se constató que el 8% de los niños españoles acuden a la escuela sin haber desayunado.

Los pilares del tratamiento contra la obesidad infantil:

El método usado para tratar la obesidad infantil se basa fundamentalmente en la combinación de una limitada dieta con el aumento de la actividad física, la educación nutricional y el cambio de conductas. Pero todo eso solo será efectivo si el niño cuenta con el apoyo y el estímulo de su familia. La terapia de conducta del niño empieza con el aprendizaje de autocontrol.

Para que la dieta surta efecto es necesario que el niño reciba estímulos y refuerzo social, a través de mensajes positivos, para que él pueda mejorar su autoestima y sentirse más seguro de sí mismo. En otras palabras, el trabajo inicial se basa especialmente en el combate a la ansiedad y al abatimiento, sentimientos que pueden provocar un aumento de peso de un niño.

Es importante conocer los hábitos alimentares y conductuales del niño y de la familia. Saber lo que comen, los intervalos de una comida a otra, el ejercicio que realizan, bien como sus costumbres cuanto al ocio. A partir de eso se puede detectar mejor lo que provoca la obesidad del niño. Los cambios de hábitos a través de la terapia conductual es un componente imprescindible en el tratamiento del niño con sobrepeso.

Intervención de los padres según la edad del niño:

Cuando el niño es menor de 5 años de edad, son los padres los que deben encabezar el tratamiento, es decir, responder por el niño todo lo que interesa a la terapia. De los 5 a los 9 años, los niños tendrán más autonomía en el tratamiento, aunque hace necesaria la vigilancia y la responsabilidad de los padres. Solamente a partir de los 9 o 10 años es

que el niño tendrá mayor grado de responsabilidad y podrá responder con casi total libertad al tratamiento.

Ejercicio físico para reducir la obesidad en los niños:

Las actividades físicas deben ser aplicadas paralelamente a la dieta.

Inicialmente se buscará una actividad más atractiva y que esté más de acuerdo a los intereses y a las posibilidades del niño. Se empezará con movimientos suaves a los que el niño se vaya adecuando de forma gradual. Si se pide un ejercicio fuerte al principio el niño puede asustarse, cansarse, y al final rechazarlo.

El ejercicio debe ser primeramente suave, pero desarrollado de forma continua, a diario, y que sea divertido e interesante. Y es importante que el niño lo practique y lo comparta con 2 o 3 personas más, como mucho.

Consejos importantes contra la obesidad infantil:

- Al mismo tiempo que se introduce una actividad física a la vida del niño se debe reducir el tiempo que él dedica a la televisión o a otras actividades sedentarias.
- Se ha demostrado que el uso de fármacos en el tratamiento de la obesidad infantil no es del todo efectivo.
- Cuanto antes se detecte el problema de sobrepeso en el niño y lo trate, mejor será el resultado.
- El tratamiento solo será efectivo si el niño cuenta con el apoyo y el estímulo de su familia.
- Es más fácil cambiar la conducta de los niños que de sus padres, aunque si lo consiguen puede favorecer a todos.
- El tratamiento no se procesa de igual manera a todos los niños. Se debe considerar el carácter, la disposición, los intereses y las posibilidades de cada niño. Cada niño es un mundo diferente y de igual manera hay que tratarles.

## **2.3.2 Fundamentación teórica del desarrollo psicomotriz**

### **2.3.2.1 Aspectos conceptuales del desarrollo psicomotriz.**

Debiendo cumplir con los aspectos conceptuales me permito transcribir lo siguiente:

Para Robert Rigal (2006) el desarrollo psicomotriz es :

Que a menudo, el niño torpe da muestras de un comportamiento socio-afectivo especial. Tendrá tendencias concretamente a evitar las actividades deportivas, porque está excluido del grupo de sus compañeros, o hacerse el payaso para disimular su falta de éxito motriz .También dará muestras de baja autoestima , de un grado de ansiedad elevado y de estar sujeto a problemas de aprendizaje escolar , esta torpeza puede presentarse en dos formas , una de tipo normal , asociadas a la evolución de las conductas neuromotrices , y la otra de tipo patológico , donde las estructuras neuromotrices están mal utilizadas o son insuficientes. (p..219).

Entendemos por este párrafo que si un niño no logra desarrollar sus habilidades motrices a lo largo de su vida ,puede traer consecuencias perjudiciales para el, ya que si está en la etapa infantil ,no podrá socializar de una manera correcta con sus compañeros ni con su entorno, por ende, el solo se sentirá marginado , retraído y llegara al extremo de ser un niño solitario y esto también traerá serias consecuencias psicológicas , ya que su desarrollo no será igual que un niño normal , no solo estamos hablando en el aérea motriz sino también en la parte intelectual ya que no podrá desarrollar su aprendizaje escolar a un 100%.

Para Johanne Durivage(2010) el desarrollo psicomotriz:

Que la psicomotricidad estudia la relación entre los movimientos y las funciones mentales, indaga la importancia del movimiento en la formación de la personalidad y en el aprendizaje.

El perfil psicomotor permite determinar el nivel del desarrollo de cada niño, comprobar las adquisiciones hechas y detectar las dificultades o retrasos. Al determinar las características de cada niño, el educador podrá componer un programa de actividades psicomotrices que corresponda a la realidad y a la necesidad de la evolución psicomotora de un grupo pequeño. (p.p.13-45).

Para Josefa Lora Risco (2013) el desarrollo psicomotriz es:

La educación Psicomotriz, es una actividad educativa en la que el movimiento natural y vivido se constituye en el medio indispensable para lograr el desarrollo de la personalidad del niño. La educación corporal, alcanza al niño hasta los doce años ,más o menos , etapa en la culmina la maduración del sistema nervioso y se completa la estructuración del esquema corporal .( p.50).

Para María Magallanes Castilla(2006) el desarrollo psicomotriz es :

La psicomotricidad , como su nombre indica, trata de relacionar dos elementos hasta ahora desconectados , de una misma evolución: desarrollo psíquico y el desarrollo motor .parte, por tanto , de una concepción del desarrollo que hace coincidente la maduración de las funciones neuromotrices y de las capacidades psíquicas del individuo de manera que ambas cosas no son más que dos formas, hasta ahora desvinculadas ,de ver lo que en realidad es único.

La psicomotricidad puede entenderse como un área de conocimiento que se ocupa del estudio y comprensión de los fenómenos realizados con el

movimiento corporal, su desarrollo y de la maduración que existe en el individuo en su proceso evolutivo. (p. 10).

### **2.3.2.2. Aspectos teóricos del desarrollo psicomotriz.**

Para Robert Rigal (2006)

A través de la lectura en distintos libros cuyos títulos incluyen las palabras Psicomotricidad, Psicomotriz y Psicomotor el Profesor Rigal Robert, Ph. D, de la universidad UQAM Universidad de Quebec en Montreal, Canadá dice lo siguiente que nos percatamos rápidamente de la disparidad de los contenidos presentados tal como los elementos teóricos utilizados para explicar el origen o las causas de los trastornos psicomotores que deseamos disminuir o hacer desaparecer usando distintos ejercicios. Nuestra manera de ser y considerar al hombre, también nos hace ver una particular manera el proceso de enseñanza- aprendizaje. La coordinación progresiva de acciones y operaciones que el niño interioriza, junto con la formación que le proporciona la experiencia física con los objetos. (p. 9).

María de las Mercedes Rubio Caracuel,(2009).La importancia de la psicomotricidad en educación infantil: nos dice que el ámbito del desarrollo psicomotor, de la educación infantil debe ajustar su respuesta educativa a las posibilidades que va abriendo el proceso evolutivo de los niños y niñas, lo que permitirá a estos un progresivo conocimiento y control de su propia cuerpo. Dicho control se inicia afectando a grandes grupos musculares, responsable al control postural y la marcha, y va extendiéndose progresivamente a pequeños músculos que permiten actividades más precisas y finas. Cuando hablamos de educación infantil, este periodo abarca desde los 0 hasta los 6 años, la gran finalidad de la ley orgánica de educación del 3 de mayo del 2006 en su artículo 12 dice que es contribuir al desarrollo Físico, afectivo, intelectual y social del niño, en definitiva a su desarrollo global.

La educación física en infantil por lo tanto es de gran importancia ya que el niño es un ser activo por naturaleza, conoce la realidad que le rodea y así mismo a través del movimiento, la acción y el juego, siendo la psicomotricidad la base de este desarrollo. Ya que según LAGRANJE; “La psicomotricidad contribuye al desarrollo del ser humano en su globalidad ya que actúa conjuntamente sobre todos los aspectos de su desarrollo”

El currículo de Educación infantil nos habla de la importancia que tiene para el niño/a el progresivo control de su cuerpo, conocer sus posibilidades y sus límites así como la interacción con el medio físico, natural y social.

Es necesario que los niños de estas edades adquieran determinadas destrezas para realizar las actividades habituales con cierta autonomía, responsabilidad e iniciativa.

El desarrollo psicomotor del niño/a va a depender tanto de la maduración biológica, de la estimulación así como de la interacción de ambas, por ello, en los colegios nos debemos encargar como objetivo principal que el niño/a conozca su cuerpo y lo controle.

A continuación vamos a ver un ejemplo de sesión de psicomotricidad que se puede trabajar con nuestros alumnos de infantil:

En primer lugar será necesario hacer un análisis del contexto (lugar donde podemos hacer la sesión, espacio del que disponemos, tiempo aproximado, si la sesión se puede hacer en un día o en varios, la edad de nuestros/as alumno/as para así poder adaptar la sesión al nivel evolutivo y psicomotor, número de alumnos que tenemos, agrupamientos, etc).

Una vez hayamos analizado el contexto deberemos plantearnos los objetivos que pretendemos alcanzar durante y al final de esta sesión, estos en un principio es mejor que sean pocos y claros y que sean

planteados de manera que puedan ser alcanzados por el mayor número de alumnos/as posibles.

Una vez planteados los objetivos vamos a ver de qué materiales disponemos y que se adapten al nivel psicomotor de nuestros alumnos/as. Ahora nos planteamos que actividades vamos a llevar a cabo, en función de los recursos que disponemos. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd136/la-psicomotricidad-en-educacion-infantil.htm>.

Lexus (2012) los juegos son:

A continuación presentamos una serie de juegos en movimientos para que de manera divertida fomentemos en los niños la actividad física.

#### LOS RELEVOS:

- Los niños formarán equipos de tres o más personas.
- Cada equipo deberá tener una prenda, puede ser un pañuelo.
- Cada equipo tendrá dos filas de niños, que estarán en lugares opuestos.
- Un niño de cada grupo correrá con la prenda en la mano y buscará llegar a su compañero para entregársela, quien la tomará y correrá al otro extremo a dársela al otro compañero. Ganará el equipo que termine primero.

#### EL PATIO DE MI CASA:

- Los jugadores forman un círculo tomados de las manos.
- Uno de ellos se coloca en el centro.
- Empiezan a girar cantando y al decir “agáchense”, todos se agachan y se levantan enseguida.
- Cuando se dice “estirar”, el círculo se hace más grande.
- El jugador del centro hace el papel de cojito y va brincando alrededor.

- Cuando deja de brincar, el jugador que está enfrente de él pasa a ocupar su lugar y continúa el juego.

#### CORRETEADAS:

- El juego consiste en correr una determinada distancia.
- Entre los jugadores seleccionan, mediante un sorteo, a un jugador. A una señal dada, todos corren.
- El jugador seleccionado tendrá que alcanzarlos y con solo tocarlos irán saliendo del juego.
- El jugador que fue tocado primero será el que los corree en el nuevo juego.(p.p.164-169).

#### 2.3.2.3 Teorías de profesionales en el tema.

Jean Le Boulch . en la Psicomotricidad ,método psikinética  
Recuperado:[http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias\\_expo/educacion\\_fisica/cuatro.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/educacion_fisica/cuatro.pdf)

Según Jean Le Boulch (Prof. de Ed .Física, médico)(1952) propone “una educación física funcional” presento una nueva forma de realizar las sesiones de educación física propuso incluir tanto ejercicios gimnásticos como ejercicios naturales y utilitarios, juegos, deportes, bailes populares. Critica abiertamente la tendencia de la educación física y la práctica de los Prof. de Ed. Física dirigida sobre todo a los factores de ejecución (fuerza , resistencia ,velocidad ,etc.), sin tener encuentra los factores psicomotores del movimiento , en una línea similar a lo que había hecho Guilmain (1935).en su explicación del movimiento humano ,sobrepasa el modelo biologista tradicional y recurre al modelo psicológico ;posteriormente destacará también los factores sociales que lo condicionan “ la ciencia del movimiento humano no puede homologarse con el estudio de una maquina compuesta por palancas , bisagras y músculos”( Le Bouch 1978) si no “ que la ciencia de movimiento humano debe partir de la existencia

corporal como totalidad y como unidad” .El objetivo de la educación física funcional está relacionado con “hacer del cuerpo un instrumento perfecto de adaptación del individuo en su medio tanto físico como social gracias a la adquisición de las destrezas que consiste en ejecutar con precisión el gesto adecuado en cualquier caso en particular”

Después de veinte años se había elaborado un nuevo programa para la educación física en Francia con base en criterios educativos que era socializar mediante el deporte y el objetivo hacer una iniciación deportiva con base en los diferentes deportes.

Vigotsky (2013) y su teoría constructivista del juego

Recuperado:<https://maricampo2.wordpress.com/vigotsky-y-su-teoria-constructivista-del-juego/>

No podemos dejar de referirnos a Lev Semionovich Vygotsky (1896) quien otorgó al juego, cómo el instrumento y recurso socio- cultural, el papel gozoso de ser un elemento impulsor del desarrollo mental del niño, facilitando el desarrollo de las funciones superiores del entendimiento tales como la atención o la memoria voluntaria. Según sus propias palabras "El juego es una realidad cambiante y sobre todo impulsora del desarrollo mental del niño" .Concentrar la atención, memorizar y recordar se hace, en el juego, de manera consciente, divertida y sin ninguna dificultad.

Decimos que su teoría es constructivista porque a través del juego el niño construye su aprendizaje y su propia realidad social y cultural. Jugando con otros niños amplía su capacidad de comprender la realidad de su entorno social natural aumentando continuamente lo que Vigotsky llama "zona de desarrollo próximo".

La "zona de desarrollo próximo" es "la distancia entre el nivel de desarrollo cognitivo real, la capacidad adquirida hasta ese momento para resolver problemas de forma independiente sin ayuda de otros, y el nivel de desarrollo potencial, o la capacidad de resolverlos con la orientación de un adulto o de otros niños más capaces".

Vigotsky analiza, además, el desarrollo evolutivo del juego en la Edad Infantil destacando dos fases significativas:

Habría una primera fase, de dos a tres años, en la que los niños juegan con los objetos según el significado que su entorno social más inmediato les otorga.

- Esta primera fase tendría, a su vez, dos niveles de desarrollo.

En el primero, aprenden lúdicamente las funciones reales que los objetos tienen en su entorno socio-cultural, tal y como el entorno familiar se lo transmiten.

En el segundo, aprenden a sustituir simbólicamente las funciones de dichos objetos. O lo que es lo mismo a otorgar la función de un objeto a otro significativamente similar, liberando el pensamiento de los objetos concretos. Han aprendido, en consonancia con la adquisición social del lenguaje, a operar con significados. Un volumen esférico, por ejemplo, puede transformarse en una pelota.

Después vendría una segunda fase de tres a seis años, a la que llama fase del "juego socio-dramático".

Ahora se despierta un interés creciente por el mundo de los adultos y lo "construyen" imitativamente, lo representan.

\*El juego forma parte esencial del desarrollo ya que amplia continuamente la llamada "zona de desarrollo próximo"

Sirve para explorar, interpretar y ensañar diferentes tipos de roles sociales observados.

Contribuye a expresar y a regular las emociones.

Hay dos fases evolutivas infantiles para el juego:

- La primera: de 2 a 3 años, en la que aprenden la función real y simbólica de los objetos.
- La segunda: de 3 a 6 años, en la que representa imitativamente, mediante una especie de "juego dramático" el mundo adulto.

Montessori,M.(2013) vida y metodología.

Recuperado en: <http://es.slideshare.net/DafneSepulvedaM/mara-montessori-vida-y-metodologa>

María Montessori mujer Italiana , educadora ,psiquiatra ,psicóloga, humanista , entre los años 1898 y 1900 decidió dedicar el resto de su vida a los niños en edad pre escolar , dotando a este de un rigor y método que llevo a denominarse “Pedagogía científica” , este método pedagógico que desarrollo en el años 1909 , está en un absoluto respeto a las necesidades del niño , otorgando a éste la libertad necesaria para que se produzca su desarrollo en las condiciones más naturales y optimas posibles, a la vez que se fomenten su disciplina y sus valores ético-morales.

Basado en sus principales principios pedagógicos fueron, la autonomía, independencia, iniciativa, capacidad para elegir, desarrollo de la voluntad y la autodisciplina.

Con estos principios nos dice que no está de acuerdo:

- A las técnicas rígidas y crueles, cada niño marca su propio paso o velocidad para aprender y eso tenemos que respetarlo.
- Desarrollan su potencial a través de los sentidos.
- No se incita a la competencia entre los compañeros
- El silencio y la movilidad son elementos indispensables en esta metodología.
- Se valora el ritmo y la evolución en cada estudiante.
- El error es considerado como aprendizaje.

La aplicación del método llevó a grandes éxitos en el campo de la educación y aún hoy nos resulta un enfoque pedagógico novedoso y necesario, a pesar de haber transcurrido un siglo ya desde su creación. Lo realmente incomprensible es que en 100 años no hayamos tenido la oportunidad de aplicar a nuestro sistema educativo más de lo que esta sabia y visionaria mujer intentó transmitirnos.

La única acción eficaz en esa época (de los tres a los seis años) será la que tiende a ayudar al completo desarrollo de la vida. Por eso es preferible evitar rigurosamente el detener los movimientos espontáneos y renunciar a nuestra costumbre de obligar a los niños a realizar actos por la imposición de la propia voluntad; a menos que se trate de actos inútiles y perjudiciales" (Montessori, 1909).

En este sistema pedagógico se insiste en la importancia de conocer bien las diferentes etapas del desarrollo del niño y los llamados "períodos sensitivos" (momentos en los que el niño está especialmente predispuesto por su desarrollo cerebral para determinados aprendizajes). La pedagogía y la educación se adaptan a estos períodos, se adaptan al niño en lugar de ocurrir lo contrario, que exijamos al niño adaptarse al sistema.

Cuando el niño hace ejercicios según la necesidad de su presente sensitivo, progresa y alcanza grados de perfección que son inimitables en otros momentos de la vida, y en lugar de fatigarse aumenta su propio vigor y gusta de la alegría que procede de satisfacer una necesidad real de la vida."

Hoy vemos muchos problemas de conducta y dificultades de aprendizaje por nuestra imposición de un sistema forzado a todos los niños por igual, sin tener en cuenta sus diferencias individuales y lo que es peor e imperdonable, sin tener en cuenta las necesidades dadas por su momento evolutivo dentro del aprendizaje.

El aula Montessori es una novedad en sí misma pues desaparece de ella el banco sobre el que debían estar sentados e inmóviles los niños escuchando a su profesora. El ambiente se adapta al niño activo, transformándose en una auténtica "Casa de niños" donde éstos se desenvuelven en tareas cotidianas e intelectuales, entre un mobiliario adaptado a su tamaño, a su fuerza y a sus posibilidades y necesidades. "Se podría resumir el método Montessori diciendo que es un método basado en un principio de libertad en un medio preparado." (Standing, 1974).

Fue muy novedoso el material diseñado para lograr estos fines. Un material de carácter principalmente sensorial, que desarrolla la inteligencia del niño a través de los sentidos, como corresponde al aprendizaje natural de los niños de tres a seis años.

El material invita al niño a moverse, a tocar, a experimentar, encajar, medir, pesar, ver, escuchar, oler, degustar... Motiva al niño a repetir una actividad hasta completarla con éxito observando y clasificando objetos, encontrando semejanzas o las más sutiles diferencias. Siempre en un

ambiente lúdico pero a la vez silencioso, ordenado y muy respetuoso con sus compañeros.

Aucouturier,B.(2015)

Recuperado en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Bernard\\_Aucouturier](http://es.wikipedia.org/wiki/Bernard_Aucouturier)

Bernard Aucouturier (1934) pedagogo francés, creador de la práctica psicomotriz. Fue profesor y director del Centro de Educación Física Especializado de Tours, Francia. Es el fundador de la Asociación Europea de Escuelas de Práctica Psicomotriz. Por su tesis recibió el premio del Ministerio de Juventud y Deportes de Bélgica.

Aucouturier comenzó a trabajar en Lyon como profesor de educación física, pero comprobó rápidamente que no le interesa esta profesión, demasiado orientada hacia el deporte. Llamado a Tours por un equipo que reeducaba niños sordos, decidió orientarse hacia los niños y niñas con dificultades. Aucouturier trabajó e investigó durante 35 años en Tours, donde creó la práctica psicomotriz a partir de la observación de los niños y niñas. Su investigación fue constante y colaboró con amigos neuropsiquiatras, psicoanalistas y psicólogos que le aportaron sus visiones particulares. Su trabajo se orientó entonces hacia la terapia con niños y niñas que presentaban graves trastornos de la personalidad. Es autor, y co-autor, de varios libros; como "Simbología del Movimiento", "La educación psicomotriz como terapia", "Bruno", "La Práctica Psicomotriz. Reeducción y Terapia", "Los Fantasmas de acción y la práctica psicomotriz", "¿Por qué los niños y las niñas se mueven tanto?", "Miedo a nada... Miedo a todo".

Según, Aucouturier creó una práctica original con fundamentos conceptuales de gran profundidad científica, para ser aplicada al dominio de la educación y la terapia infantil. La Psicomotricidad Educativa y

preventiva de Bernard Aucouturier tiene como objetivo la maduración psicológica del niño de modo tal que la vía sensorio-motora sea la base de la formación de los procesos psíquicos.

La psicomotricidad vivenciada parte de la vivencia de la propia persona, en relación a su cuerpo, a su entorno, a las personas con las que se relaciona, a la capacidad de acción, etc. Todo lo que vivimos, es decir, sentimos, percibimos, hacemos, se traduce en una organización mental que va permitiendo nuestra maduración neurológica y desarrollo motor, afectivo – emocional y mental.

Bernard Aucouturier para establecer una práctica psicomotriz específica que ayude al niño a evolucionar en su desarrollo psicológico y motor en los primeros años de vida. Ambos desarrollos están íntimamente ligados en el ser humano. El aporte de Aucouturier es esclarecer las conexiones entre ellos, proponer un itinerario madurativo que va desde lo sensorio-motor a lo psíquico e impulsar la práctica en diferentes países. Actualmente, esta actividad está regida por la Asociación Europea de escuelas de Formación en Práctica Psicomotriz (ASEFOP) que desarrolla formaciones por todo el mundo: España, Alemania, Bélgica, Italia, Portugal, Argentina, Brasil, México.

La Práctica Psicomotriz educativa Aucouturier (PPA) es un modelo de intervención educativa, no directiva que acompaña al niño en su crecimiento madurativo. Parte de su expresividad motriz, su forma de ser y estar (única en cada individuo) y se desarrolla en un dispositivo espacio-temporal donde los niños evolucionan desde la pulsión y la emoción hacia la descentración y el pensamiento.

#### **2.3.2.4. Etapas del desarrollo psicomotriz**

La edad preescolar es un periodo de cambios importantes. El niño va a avanzar mucho en el lenguaje, en la motricidad fina y gruesa. Estos cambios permitirán que el niño sea cada vez más autónomo y que sea capaz de socializarse.

A esta edad suelen iniciar la escolarización (guardería o colegio) y el juego simbólico y social (con otros niños).

Inician el control de esfínteres.

Empiezan a comprender conceptos abstractos.

Empiezan a aceptar las normas. Tienen las primeras ideas de moralidad.

Y también es la etapa en la que aparecen las rabietas, las respuestas insolentes o los sentimientos de gratitud.

##### **2.3.2.4.1. Desarrollo motor grueso**

El niño, a partir de los dos años va mejorando habilidades como correr, saltar, trepar, bailar... A los 3 años, ya tiene adquiridas muchas de las capacidades motoras de un adulto. A partir de entonces seguirá perfeccionándolas de forma progresiva. Todos estos avances permiten desarrollar lo que se llama “esquema corporal” es decir, cómo ve el niño su propio cuerpo y sus distintas partes. Se da cuenta de lo que puede hacer con él y de sus limitaciones.

El desarrollo físico y psicomotor de los niños de 3 a 5 años se caracteriza por el perfeccionamiento de las habilidades adquiridas en etapas anteriores. En cuanto a la motricidad fina, el niño empieza a garabatear, marcando el inicio del aprendizaje de la escritura. Cada vez es más

consciente de su propio cuerpo, de sus movimientos y de la coordinación de éstos.

A los 3 años, el niño ya tiene adquiridas muchas de las capacidades motoras de un adulto: corre, salta, trepa, baila... Sin embargo, los niños todavía se siguen desarrollando y perfeccionando algunas de las habilidades que habían adquirido en etapas anteriores. A partir de entonces ¿qué sucede?, ¿cómo avanza su desarrollo?

Se va dando un perfeccionamiento progresivo en la motricidad gruesa y se desarrolla de manera especial la motricidad fina. Los niños empiezan a ser capaces de hacer trazos y no sólo "rayados", como hacían hasta los 3 años.

Su conocimiento del mundo empieza a ser estructurado ya que genera esquemas de las situaciones o los personajes más habituales para ellos. Los niños tienen un conocimiento más amplio de su entorno.

Su inteligencia también avanza puesto que los esquemas le permiten resolver problemas simples a través del uso de principios o reglas generadas por ellos mismos. Hasta este momento el niño aprendía mediante mecanismos de observación y prueba error.

#### **2.3.2.4.2. Desarrollo físico del niño de 3 a 5 años**

A lo largo de estos años, los niños siguen aumentando el peso y la talla, pero a menor velocidad que hasta ahora. Poco a poco se van a ir adquiriendo las proporciones corporales de un adulto.

#### **2.3.2.4.3. Mayor dominio de los niños en el uso de las manos**

A nivel cerebral las áreas corticales que maduran de una forma más evidente son las relacionadas con la motricidad fina. Los niños controlan de forma separada grupos musculares más pequeños. Esto se traduce en la aparición de la capacidad para hacer trazos verticales, circulares u

horizontales. Al principio, estos trazos serán grandes y vacilantes y con los meses, los niños podrán hacerlos más cortos, pequeños y precisos. Al final de esta etapa, si se han asentado todos estos desarrollos, es el momento ideal para iniciar al pequeño en el aprendizaje de la escritura.

#### **2.3.2.4.4. La motricidad gruesa avanza en paralelo**

Los niños aprenden, por ejemplo, a subir y bajar escaleras alternando los pies o a escalar. El hecho de poder controlar grupos musculares cada vez más pequeños les ayuda a identificar y nombrar partes de su cuerpo de una forma más precisa. Hasta ahora conocen las partes “móviles” de su cuerpo como los brazos, las piernas, las manos y nombran los elementos más sobresalientes de la cara. Ahora podrán reconocer partes del cuerpo más precisas: el codo, la barbilla, el muslo.

Esta es también la época del asentamiento y definición de la lateralidad. Hay niños que a los 3 años “parecen” ser diestros o zurdos pero no es hasta los 5 cuando este proceso se da por finalizado. Los niños son conscientes de los movimientos de su cuerpo.

Todo este avance en las distintas áreas contribuye a generar lo que se llama “esquema corporal”. Lo podemos definir como la representación que se hace el niño de su propio cuerpo, de sus distintas partes, de sus posibilidades de acción o sus limitaciones. Es una representación mental imprescindible que les ayuda a moverse en el espacio y de la que normalmente ni niños ni padres somos conscientes. Este esquema se crea a partir de la información visual que recibimos de nuestro propio cuerpo, pero también con información interna de nuestros movimientos, nuestra posición en el espacio, el equilibrio y la experimentación con el cuerpo de los otros, principalmente el de papá y mamá.

#### **2.3.2.4.5. El desarrollo motriz es fundamental en los niños de 3 a 5 años**

Esta circunstancia les permite no sólo moverse en todas las dimensiones que su cuerpo les ofrece, sino adquirir conocimiento del mundo que les rodea y desarrollar la inteligencia. Se habla entonces de un desarrollo Psico-Motor porque son las dos caras de una misma moneda.

#### **2.3.2.5. Estrategias y desempeño del docente**

Durante mucho tiempo que el aprendizaje era sinónimo de cambio de conducta, esto, porque dominó una perspectiva conductista de la labor educativa; sin embargo, se puede afirmar con certeza que el aprendizaje humano va más allá de un simple cambio de conducta, conduce a un cambio en el significado de la experiencia .La experiencia humana no solo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se considera en conjunto se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia . Para entender la labor educativa, es necesario tener en consideración otros tres elementos del proceso educativo: los profesores y su manera de enseñar; la estructura de los conocimientos que conforman el currículo y el modo en que éste se produce y el entramado social en el que se desarrolla el proceso educativo.

Se entiende por salud el estado de completo bienestar biopsicosocial del individuo, incluyendo el correcto funcionamiento y el estado de normalidad del organismo y la mente, opuesto al estado de enfermedad.

La salud incluye la salud física y mental, que están interrelacionadas entre sí, supone equilibrio, física, psíquica y espiritual, ser capaz de adaptarse al medio, disfrutar de las oportunidades y desarrollar al máximo las potencialidades físicas y psíquicas, entre otras. Sobre ella incide un gran

Número de factores que la condicionan y afectan en grados muy diversos: el tipo de dieta y las costumbres alimentarias, la higiene corporal, el ejercicio físico, el descanso, las condiciones de trabajo, la contaminación ambiental y las tensiones, influyen en el estado de salud general del individuo.

“Es importante que el adulto cree condiciones físico ambientales y ofrezca oportunidades concretas que pongan al niño en situación de cuidado y protección por su salud. Este aspecto puede ser abordado a partir de múltiples actividades cotidianas: la higiene personal, el aseo de los espacios, la limpieza de los materiales de uso diario, los momentos de alimentación, el desarrollo de ejercicios y actividades al aire libre, la experimentación del bienestar físico, entre otros.” Rol del docente: Salud, Seguridad y nutrición en el niño. Universidad del Norte, Leonor Jaramillo (2012).

#### **2.3.2.5.1. Estrategias didácticas se emplean para el desarrollo psicomotor en la educación preescolar**

Las estrategias que se emplean en el desarrollo psicomotor, tiene que ver con la planeación de clases, mismas que son la parte fundamental de la metodología de trabajo para obtener resultados deseados, en apego al Programa de Educación Preescolar 2011, relacionado al Campo Formativo Desarrollo Físico y Salud, los alumnos desarrollen motricidades fina y gruesa, asimismo las cognitivas y afectivas, esto se da a partir de las estrategias, coordinación del movimiento del cuerpo y equilibrio, manejar con destrezas objetos y materiales representar y crear imágenes símbolos y el juego.

Para ello, en la práctica docente en el desarrollo psicomotor tiene que ver con la actividades de los movimientos corporales y desplazamiento que ha estado realizando con los alumnos como actividades de correr, saltar,

trepar, etc., donde muestran las habilidades que poseen y adquieren en el proceso de aprendizaje motoras, a su vez incluyendo los materiales como son aros, botellas, pelotas, etc. De la misma manera el juego, cantos, cuentos, música, etc.

Las actividades que se emplean son de acuerdo a su grado de desarrollo, es decir, que a los niños de primero se le pide que realice movimientos más sencillos apoyándolos en todo momento que se les presenta las dificultades, a los de segundo se les pide realizar actividades de psicomotricidad gruesa y fina porque ya han desarrollado su habilidades al cursar el primer ciclo escolar pero sin la ayuda y a los alumnos de tercero se emplean actividades más complejas conforme ellos la ponen en práctica adquieren mayor seguridad, adaptación, etc., por ejercitar su cuerpo.

Como educadora debemos diseñar estrategias que motiven a los alumnos y pongan en práctica el desarrollo psicomotor desde el momento que ellos ingresan en educación preescolar, de lo contrario ellos no se le facilitara a ser participe en las actividades que le instruya o de igual forma no ejercitaremos su psicomotricidad gruesa y fina que esto le servirá en su vida cotidiana, es decir, porque en la etapa de educación preescolar se les prepara para ingresar a otra institución educativa.

El juego es una actividad que realizan en constante los alumnos esto les interesa ya que permite a socializarse con sus compañeros de igual forma desarrollan sus habilidades como el habla, el movimiento de las partes del cuerpo por eso hablar del juego forma parte del desarrollo y aprendizaje del alumno.

Es por ello que aseguramos que si el niño de preescolar se encuentra en la etapa pre operacional y que está lleno de habilidades, si estuviera acostumbrado por decirlo así a salir a educación física y hacer ejercicios

en el jardín su coordinación no fallaría y sus habilidades destacarían más con uniformidad y habría niños con un buen desarrollo de coordinación.

El juego simbólico que se centra en las actividades de imitación de conducta del adulto, ejemplo cuando el niño juega al papá y a la mamá, cuando es doctor, ingeniero, maestro, bombero, estilista, etc. eso se da en la etapa preescolar se ha observado que eso juega y los disfrutan mucho.

El desarrollo del docente es fomentar el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas, para ello es fundamental proporcionar un desarrollo integral, debido a que si se juega un papel erróneo, se le puede ocasionar problemas en el área psicomotriz del niño, esto ocurre cuando el docente no conoce las etapas de evolución y las técnicas que se debe de aplicar para la evolución del el mismo.

La finalidad de la evaluación psicomotriz es aplicar evaluaciones en el niño y niña para que el docente observe cuales son los avances de la evaluación en su parte psicomotora, y por medio de esta darse cuenta si hay algún problema para tomar las medidas preventivas para ayudarlo en su desarrollo.

Los contenidos para el docente evalué el desarrollo psicomotriz son:

- Control respiratorio
- Equilibrio
- Lateralización
- Coordinación dinámica
- Esquema corporal

## **2.4. Hipótesis de la investigación**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Los factores de la obesidad infantil afecta en el desarrollo psicomotriz de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco- Lima ,2015.

#### **2.4.2. Hipótesis específicas**

La estructura familiar influye en el control de la obesidad infantil de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco- Lima ,2015.

El desarrollo psicomotriz influye diversas áreas de aprendizaje de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima, 2015.

Las limitaciones de la obesidad permite un mejor desarrollo psicomotriz en los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima, 2015.

## 2.5. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	CONCEPTOS	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TIPO	ITEMS
VI. OBESIDAD INFANTIL	Según nuestra perspectiva y lo leído anteriormente, podemos decir que la obesidad infantil es un trastorno metabólico que conduce una excesiva acumulación de grasa corporal en relación con el valor esperado según el sexo, talla y edad.	Aspectos conceptuales de la obesidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad crónica</li> <li>• Peso corporal excesivo</li> </ul>	Nominal	Cualitativo	Lista de cotejo
		Aspectos teóricos de la obesidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedentarismo</li> </ul>			
		Síntomas de la obesidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para desarrollar algún deporte</li> <li>• Cansancio</li> </ul>			
		Causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio de comidas</li> </ul>			
		Factores de la obesidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genético</li> </ul>			
		Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo emocional</li> </ul>			
		Tratamiento de la obesidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li> </ul>			
V.D. DESARROLLO PSICOMOTRIZ	Es la disciplina que se basa en una concepción integral del sujeto, se ocupa de la interacción que se establece en el conocimiento, la emoción, el movimiento y de su mayor validez para el desarrollo de la persona	Aspectos conceptuales del desarrollo psicomotriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación psicomotora</li> <li>• Desarrollo neuromuscular</li> </ul>	Nominal	Cualitativo	Lista de cotejo
		Aspectos teóricos del desarrollo psicomotriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos psicomotores</li> </ul>			
		Teorías de profesionales en el tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución del juego</li> <li>• Desarrollo de su potencial</li> </ul>			
		Etapas del desarrollo psicomotriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo motor grueso</li> <li>• Desarrollo físico de niños de 3 a 5 años</li> </ul>			
		Estrategias y desempeño del docente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud física y mental</li> <li>• Adaptación</li> </ul>			

## **2.6. Definición de términos básicos**

Acomodación: f. Acción y efecto de acomodar.2. f. Biol. Acción y efecto de acomodarse el ojo para que la visión no se perturbe cuando varía la distancia o la luz del objeto que se mira.

Abstractos: No pretende presentar seres o cosas concretas y atiende solo a elementos de forma, color ,estructura proporción etc.

Asimilación: Del lat. assimilāre).1. tr. Asemejar, comparar. U. t. c. prnl.2. tr. Conceder a los individuos de una carrera o profesión derechos u honores iguales a los que tienen los individuos de otra.3. tr. Comprender lo que se aprende, incorporarlo a los conocimientos previos.

Autoestima: F. Valoración generalmente positiva de sí mismo.

Biopsicosocial: es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (factores químicobiológicos),el psicológico(pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

Desarrollo psicomotor: Es el proceso continuo de adquisición de habilidades que permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso incluye aspectos como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo.

Desequilibrio: M. 1. Falta de equilibrio. II 2. Trastorno de la personalidad.

Diabetes: F. 1. Med. Enfermedad metabólica caracterizada por eliminación excesiva de orina, adelgazamiento, sed intensa y otros

trastornos generales. || 2. Med. Diabetes mellitus. || ~ insípida. F. Med. La producida por una alteración de la hipófisis y caracterizada por poliuria sin presencia de glucosa. || ~ mellitus. F. Med. Enfermedad metabólica producida por una secreción deficiente de la insulina, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre.

Disociación: describe una amplia variedad de experiencias que pueden ir desde un leve distanciamiento del ambiente circundante hasta distanciamientos más graves de la experiencia física y emocional.

Etiopatogenico: es el origen o causa del desarrollo de una patología.

Gemelos univitelinos: Cada uno de los gemelos que proceden de la fecundación de óvulos distintos, por lo que no comparten la misma dotación genética. Cada uno de ellos posee su propio corion, su cavidad amniótica y placenta independiente. En las últimas décadas, la frecuencia de gemelos univitelinos ha aumentado dado el incremento de los tratamientos ovulatorios. También se denomina gemelo heterocigótico.

Hipertensión:(De híper- y tensión).1. f. Biol. Tensión excesivamente alta de la sangre.

Infantil: adj. De la infancia o relativo a ella.

Intimidación: F. Acción y efecto de intimidar.

Leptina: es una hormona producida en su mayoría por los adipocitos (células grasas) aunque también se expresa en el hipotálamo, el ovario y la placenta.

Obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Psicomotricidad: El diccionario de la Real Academia Española (RAE) reconoce tres significados del término psicomotricidad. El primero de ellos menciona la facultad de moverse que nace en la psiquis. El segundo hace referencia a integrar las funciones psíquicas y motrices, mientras que el tercero se orienta a las técnicas que permiten coordinar estas funciones.

Psicopatológicas:Psicopatología. (De psico y patología).1. f. Med. Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

Trastornos: M. 1. Acción y efecto de trastornar. II 2. Alteración leve de la salud. Psicol. Perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento.

Técnica: procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos que tiene como objetivo obtener un resultado un resultado determinado y efectivo

Método: Modo ordenado de proceder para llegar a un resultado o fin determinado.

Expresividad: Capacidad para expresar con viveza pensamientos o sentimientos.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño Metodológico**

#### **3.1.1. Diseño**

El diseño de este plan de tesis que hemos realizado se basa en un diseño no experimental porque la variable no ha sido manipulada, solo se observara las variables del estudio.

Hernández Sampieri (2003), dice que la investigación no experimental sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan por que ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural, (p.290)

#### **3.1.2. Tipo y nivel de investigación**

El tipo de investigación que se da a este plan es básica porque son dirigidas a conocer las leyes generales de los fenómenos estudiados, elaborando teorías de alcance significativo. la finalidad de este tipo de investigación se puede enmarcar en la detección ,descripción y explicación de las características y/o problemas de determinados hechos o fenómenos que se dan al interior de una sociedad .

Carlos sabino (1996) desde su punto de vista toma en cuenta lo siguiente:

- a) El propósito dirigido a la resolución de un problema.
- b) Los objetivos internos de la investigación.

Estas investigaciones cuando de hayan bien elaboradas pueden servir como base para futuras acciones destinadas a solucionar el problema detectado (p.p.106-113).

La investigación explicativa. “Pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian”, Hernández, et al., (2003, p.124).

Según Carrasco (2009) “la investigación explicativa consiste en explicar cuáles son los factores que han dado lugar al problema social (variable de estudio), es decir, las causas condicionantes y determinantes que caracterizan al problema social que se investiga”(p. 50).

## **3.2. Población y muestra**

### **3.3.1. Población:**

Según Bernal (2006) señala que: “La población es el conjunto de elementos en quienes puede realizarse los elementos u objetos que presentan un problema”.

Para el desarrollo de la presente investigación se ha determinado que la unidad de análisis de la: investigación es:

Obesidad Infantil; Desarrollo Psicomotriz de los niños del kindergarten Spiel und Spass Santiago de Surco –Lima, 2015

Que debe estar conformado por los siguientes elementos:

N° de autoridades de la institución	2
N° de la docentes de la institución educativo	5
N° de estudiantes de la institución educativo	35
Total	42

### **3.3.2. Muestra:**

La muestra es la que puede determinar la problemática ya que es capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del

proceso. Según Tamayo, T. Y Tamayo, M (1997), afirma que la muestra “ es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico” (p.38).

Es la parte representativa de la población, donde se ha seleccionado mediante la técnica aleatoria la cantidad representativa .La unidad de análisis de la muestra está constituido por los siguientes elementos:

N° de autoridades de la institución	2
N° de docentes del nivel inicial	5
N° de estudiantes de las secciones	35
Total :	42

### **3.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

La técnica de recolección de datos son aquellas que permiten obtener todos los datos necesarios para realizar la investigación del problema que está en estudio mediante la utilización de instrumentos que se diseñarán de acuerdo a la técnica a seguir.

Según, Arias (2006: 53), “las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información”. Son ejemplos de técnicas, la observación directa, la encuesta y la entrevista, el análisis documental, de contenido, entre otros. En cuanto a los instrumentos, el autor citado anteriormente afirma que: “son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información” ejemplo de ellos son: formatos de cuestionarios y guías de entrevistas.

#### **3.3.1. Descripción de Instrumentos:**

En nuestra tesis hemos utilizado como herramienta de evaluación una Lista de cotejo para un total de 35 niños. La lista de cotejo nos ha permitido llegar a identificar problemas encontrados en nuestro centro educativo.

Es un instrumento de evaluación que contiene una lista de criterios o desempeños de evaluación, previamente establecidos, en la cual únicamente se califica la presencia o ausencia de estos mediante una escala dicotómica, por ejemplo: si-no, 1-0

### **3.3.2. Validez de instrumentos**

Con respecto a la validez del instrumento, Hernández, Fernández y Baptista (2006), señalan: Un instrumento (o técnica) es válido si mide lo que en realidad pretende medir. La validez es una condición de los resultados y no del instrumento en sí. El instrumento no es válido de por sí, sino en función del propósito que persigue con un grupo de eventos o personas determinadas (p. 107).

Para la validez del instrumento se consultó a 3 expertos especialistas en relación a las variables de estudio, posteriormente se realizó la prueba de concordancia para obtener la validez del contenido del instrumento de investigación.

PRUEBA DE CONCORDANCIA MEDIANTE EL JUICIO DE EXPERTOS				
CRITERIOS	JUECES EXPERTOS			TOTAL
	1.-APONTE RODRIGUEZ	2.-ALVAREZ SALAZAR	3.-VILLANUEVA SANCHEZ	
1	0.6	0.65	0.55	1.8
2	0.65	0.7	0.65	2
3	0.75	0.75	0.6	2.1
4	0.65	0.75	0.7	2.1
5	0.7	0.65	0.6	1.95
6	0.65	0.8	0.55	2
7	0.6	0.6	0.6	1.8
8	0.65	0.7	0.65	2
9	0.7	0.75	0.6	2.05
<b>TOTAL</b>	5.95	6.35	5.5	17.8

TOTAL = 17.8 /27= 0.66 >0.60

## 2.-TABLA PROMEDIO DE JUECES

N°	JUEZ	PROMEDIO
1	Aponte Rodríguez Ítalo	5.95
2	Álvarez Salazar Edery	6.35
3	Villanueva Sánchez Sandra	5.5
<b>TOTAL</b>		17.8

## OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION

### DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del informante:	Cargo o Institución donde labora:	Nombre del Instrumento de Evaluación:	Autor del Instrumento
Aguiar Rodríguez Italo Jesús	Universidad Parvane Los Andes	LISTA DE COTEJO	YULIANA ELIZABETH ESPINOZA CARLOS Y LUZ MARINA VÁSQUEZ ENCINAS

**Título de la investigación: INFLUENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL Y EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DEL KINDERGARTEN SPIEL UND SPASS SANTIAGO DE SURCO- LIMA 2015.**

### ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENA 41-60%				MUY BUENA 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		05	06-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado											X									
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en capacidades Observables.													X							
3. ACTUALIDAD	Está adecuado A conceptos de La obesidad y el Desarrollo Psicomotriz.														X						
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización Lógica.													X							
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad y cantidad.														X						
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos Cognoscitivos.													X							
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos educativos												X								
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores y las Dimensiones.													X							
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la Investigación.														X						

**OPINION DE APLICACIÓN:**

\_\_\_\_\_

**PROMEDIO DE VALORACION:**

Muy Buena

Lugar y Fecha	DNI N°	Firma del experto informante	Teléfono
22-Mayo-2015	09463089		986927591

**PROMEDIO VALOR:** 63%

NOTA: POR FAVOR LLENAR CON NUMEROS.

## OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION

### DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del informante:	Cargo o Institución donde labora:	Nombre del Instrumento de Evaluación:	Autor del Instrumento
Mg. Villanueva Sánchez, Sandra	Universidad Peruana Los Andes.	LISTA DE COTEJO	YULIANA ELIZABETH ESPINOZA CARLOS Y LUZ MARINA VÁSQUEZ ENCINAS

**Título de la investigación: INFLUENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL Y EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DEL KINDERGARTEN SPIEL UND SPASS SANTIAGO DE SURCO- LIMA 2015.**

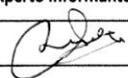
### ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENA 41-60%				MUY BUENA 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		05	610	1115	1620	2125	2630	3135	3640	4145	4650	5155	5660	6165	6670	7175	7680	8185	8690	9195	96100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado										X										
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en capacidades Observables.													X							
3. ACTUALIDAD	Está adecuado A conceptos de La obesidad y el Desarrollo Psicomotriz.											X									
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización Lógica.													X							
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad y cantidad.												X								
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos Cognoscitivos.										X										
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos educativos											X									
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores y las Dimensiones.													X							
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la Investigación.												X								

**OPINION DE APLICACIÓN:**

**PROMEDIO DE VALORACION:**

Buena

Lugar y Fecha	DNI N°	Firma del experto informante	Teléfono
Lima, 22 de mayo	40392207		959295038

**PROMEDIO VALOR:** 59%

NOTA: POR FAVOR LLENAR CON NUMEROS.

## OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION

### DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del informante:	Cargo o Institución donde labora:	Nombre del Instrumento de Evaluación:	Autor del Instrumento
Alvarez Salazar Edery León	Universidad Peruana Los Andes	LISTA DE COTEJO	YULIANA ELIZABETH ESPINOZA CARLOS Y LUZ MARINA VÁSQUEZ ENCINAS

**Título de la investigación: INFLUENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL Y EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DEL KINDERGARTEN SPIEL UND SPASS SANTIAGO DE SURCO- LIMA 2015.**

### ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENA 41-60%				MUY BUENA 61-80%				EXCELENTE 81-100%				
		05	610	1115	1620	2125	2630	3135	3640	4145	4650	5155	5660	6165	6670	7175	7680	8185	8690	9195	96100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado													X								
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en capacidades Observables.														X							
3. ACTUALIDAD	Está adecuado A conceptos de La obesidad y el Desarrollo Psicomotriz.															X						
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización Lógica.															X						
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad y cantidad.														X							
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos Cognoscitivos.																X					
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos educativos											X										
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los indicadores y las Dimensiones.															X						
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la Investigación.																X					

**OPINION DE APLICACIÓN:**

**PROMEDIO DE VALORACION:**

Muy Buena

Lugar y Fecha	DNI N°	Firma del experto informante	Teléfono
Lima, 22 de Mayo	45409675		979480231

**PROMEDIO VALOR:** 69 %

NOTA: POR FAVOR LLENAR CON NUMEROS.

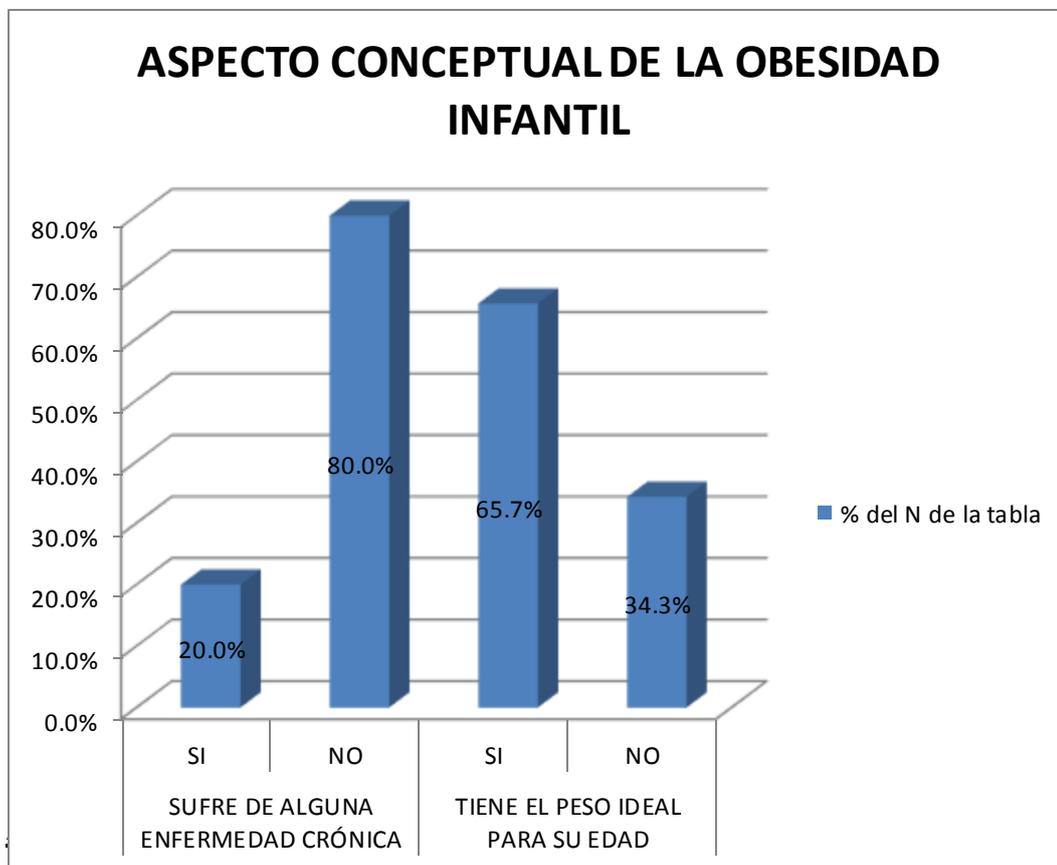
### **3.3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de información**

El procesamiento de datos se realizará mediante un microprocesador Cori 5, así mismo se trabajó con el paquete estadístico SPSS 21, para el análisis estadístico descriptivo se trabajó con tablas de frecuencia y gráficos de sectores y de barras. Para los análisis de vaciado de variables cualitativos se trabajó con la prueba de chi cuadrado con un intervalo de confianza de un 95%.

**CAPÍTULO IV :  
RESULTADO**

#### 4.1. Análisis de la dimensiones

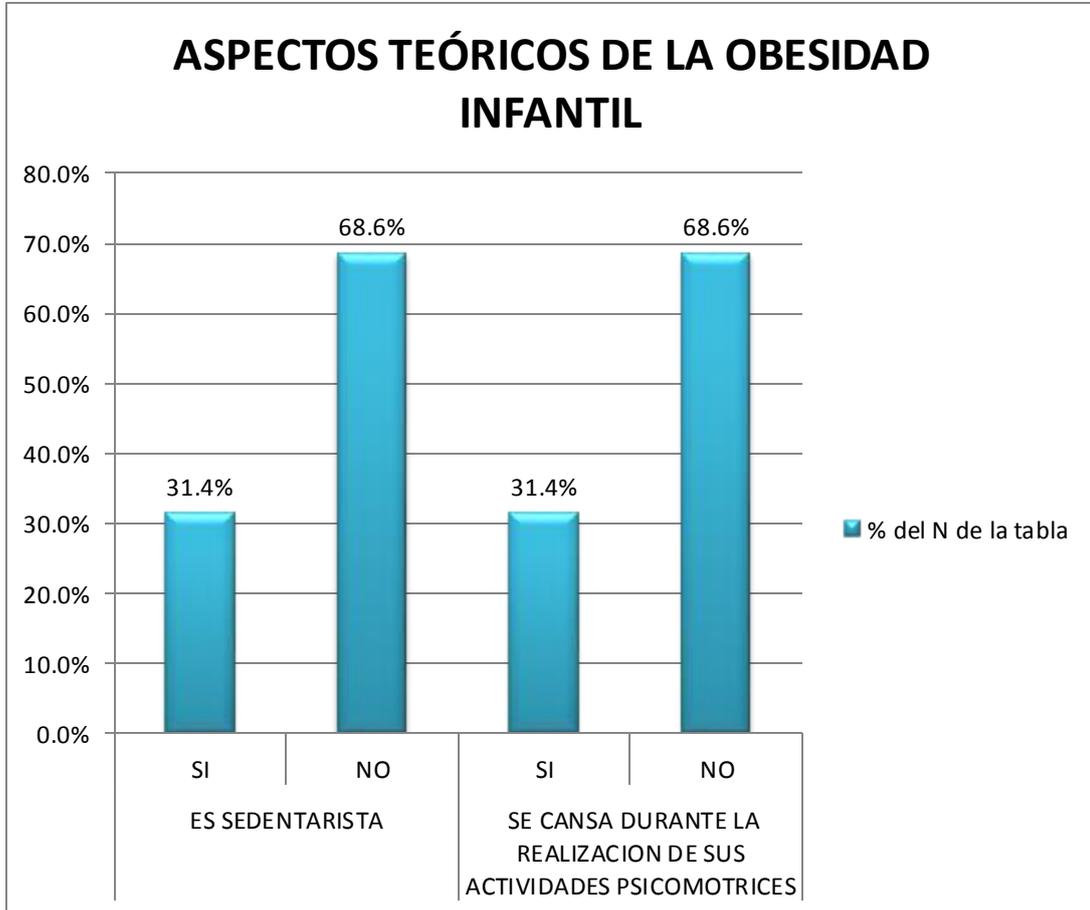
Figura N° 1



#### Análisis

Analizando el figura N° 1, la lista de cotejo realizada a los 35 niños, hay un mínimo porcentaje de enfermedades crónicas, siendo un 20% , tales como problemas cardiacos, asma, diabetes infantil etc. y esto se debe a que no hay actividad física y por ende tampoco tienen un peso ideal como se puede ver en el gráfico con un 65.7%, mientras que un 80% es saludable porque tiene una alimentación balanceada y peso ideal para su edad.

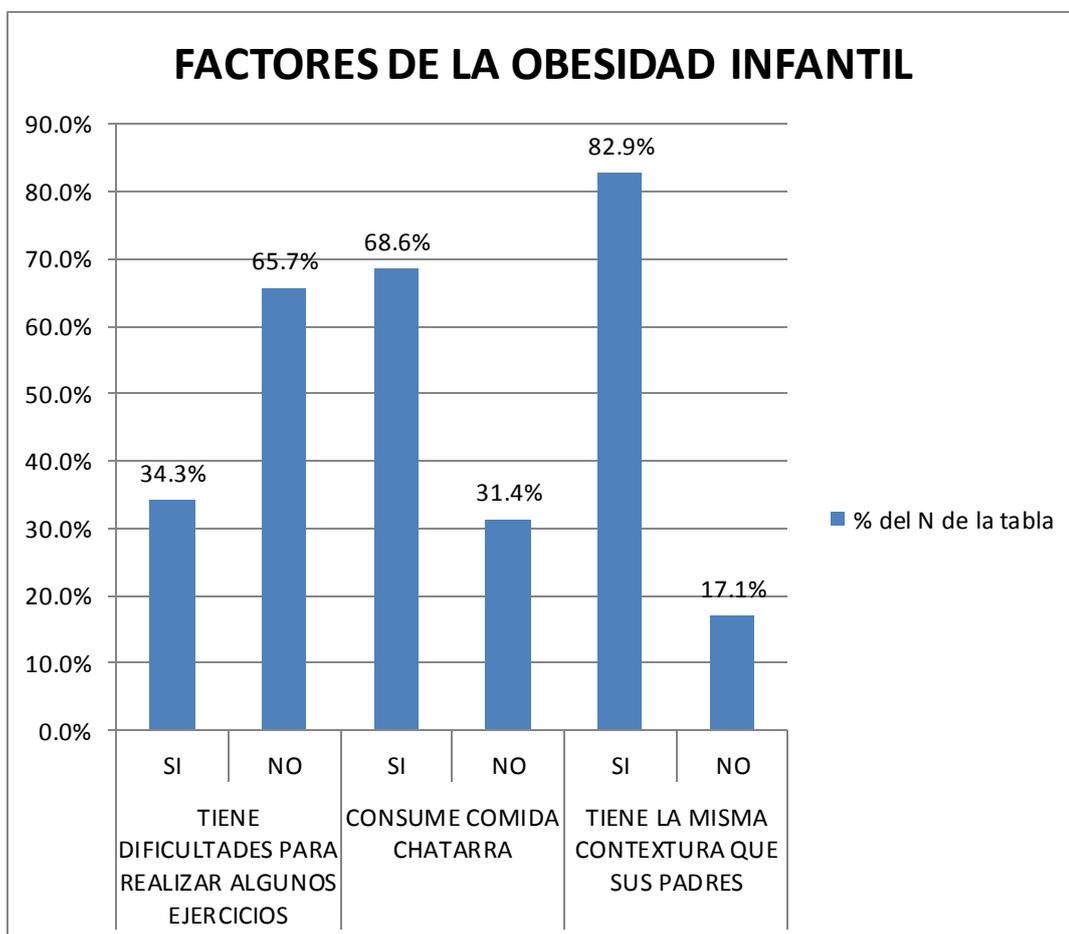
Figura N°2



**Análisis:**

Observando el figura N°2, existe similitud entre el sedentarismo y cansancio, ya que ambos arrojan el mismo resultado por un 31.4%, mientras que existe niños que realizan diversas rutinas, así como también se logra ver un 68.6% que no realizan rutinas físicas con frecuencia.

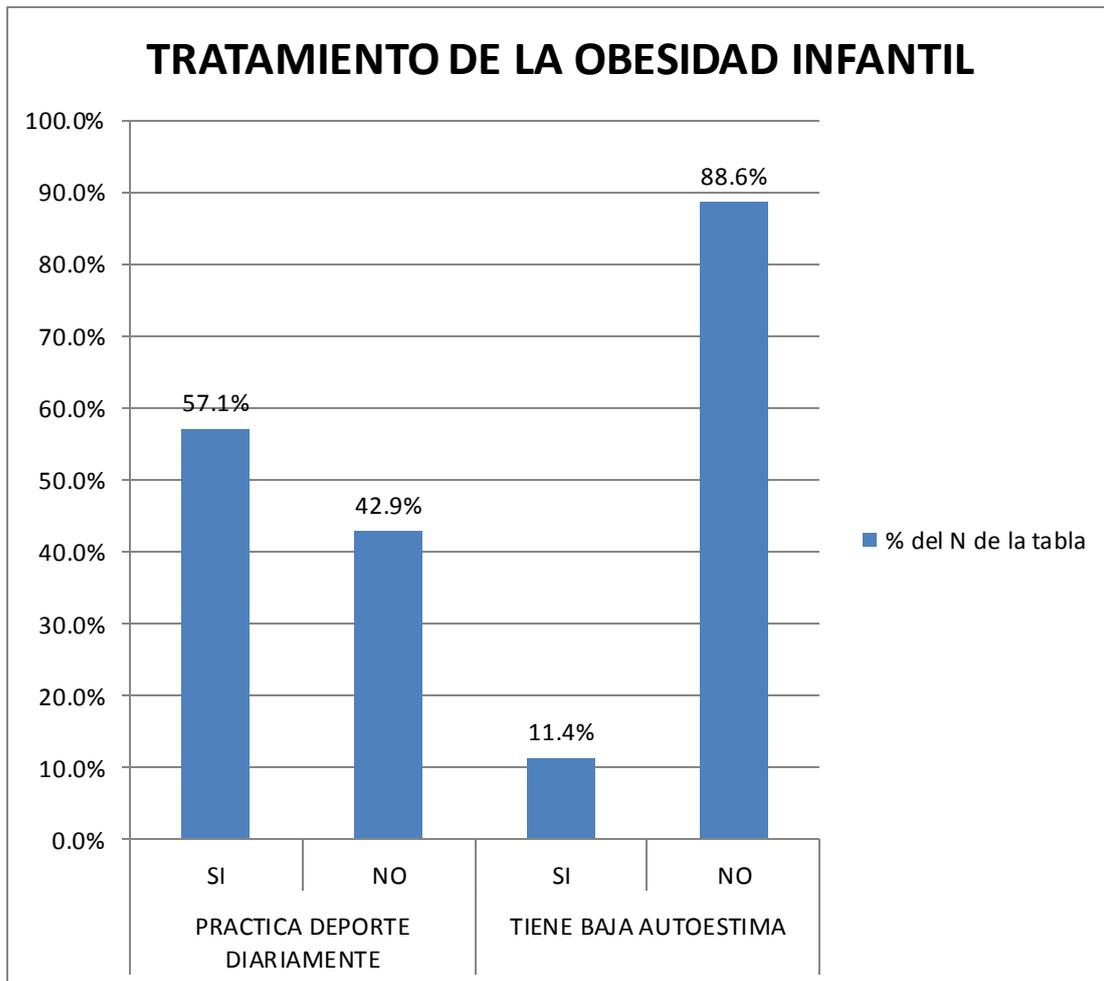
Figura N° 3



**Análisis:**

Así como se observa en la figura N°3, se encontró que un 68.6%, consumen frecuentemente comida chatarra, esto traerá como consecuencia dificultades al realizar los ejercicios en clase, así mismo se observa que un 34.3% no llega a realizarlos correctamente.

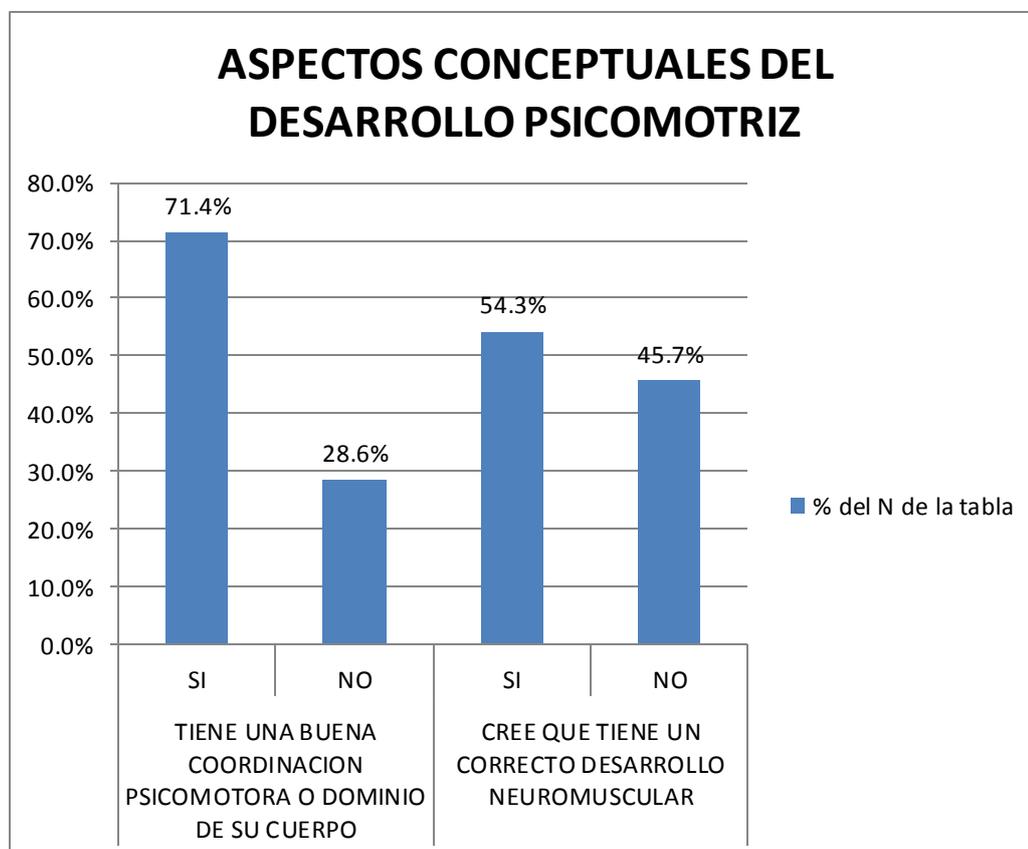
Figura N° 4:



**Análisis:**

Se analizó que la falta de práctica de deporte, trae consecuencias, porque el niño en el transcurso del tiempo ira desarrollando una baja autoestima como se puede observar en la figura N° 4 con un 11.4%. Entonces se puede decir, que para combatir la obesidad es necesaria realizar deportes.

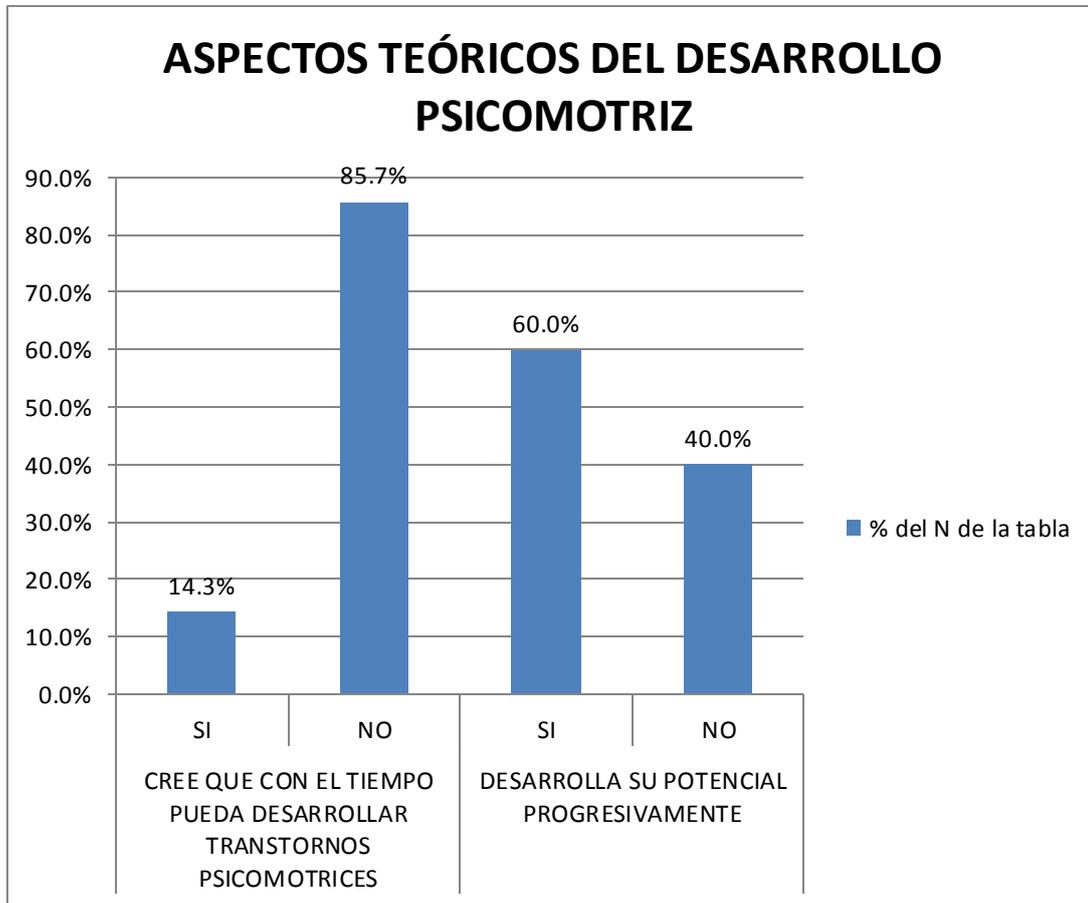
Figura N°5



**Análisis:**

Para tener una buena coordinación psicomotora y si analizamos la figura N° 5 el niño debe tener un buen desarrollo neuromuscular, porque si no es así, no podrá realizar sus actividades psicomotrices de la forma adecuada, como vemos a continuación un 28.6% no tienen una buena coordinación y por lo tanto tampoco tendrá un buen desarrollo neuromuscular como demuestra el resultado que nos da un 45.7%.

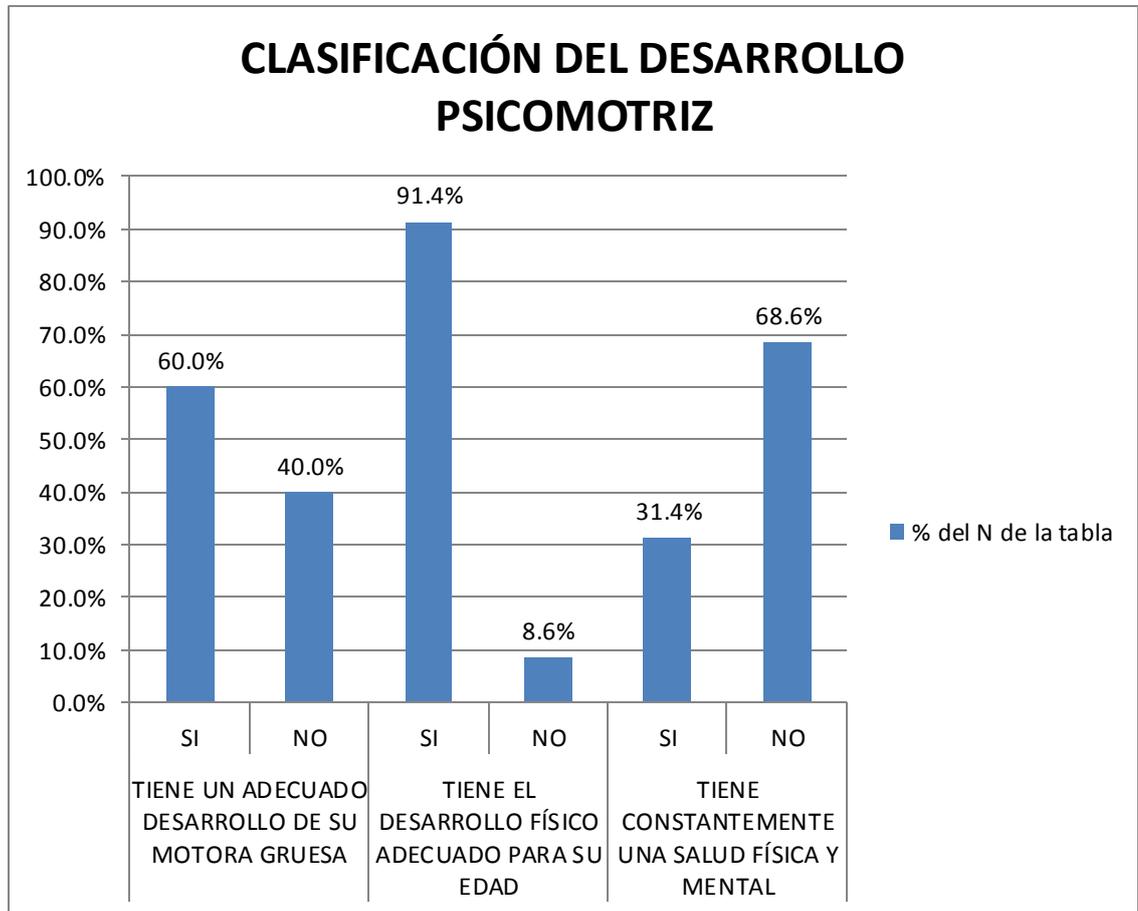
Figura N° 6



### Análisis

Cuando un niño no logra desarrollar al máximo o no trata de intentar desarrollar actividades psicomotrices tiende a desarrollar trastornos tales como timidez y falta de confianza en sí mismo, como vemos aquí con un resultado del 14.3% que si lo tienen.

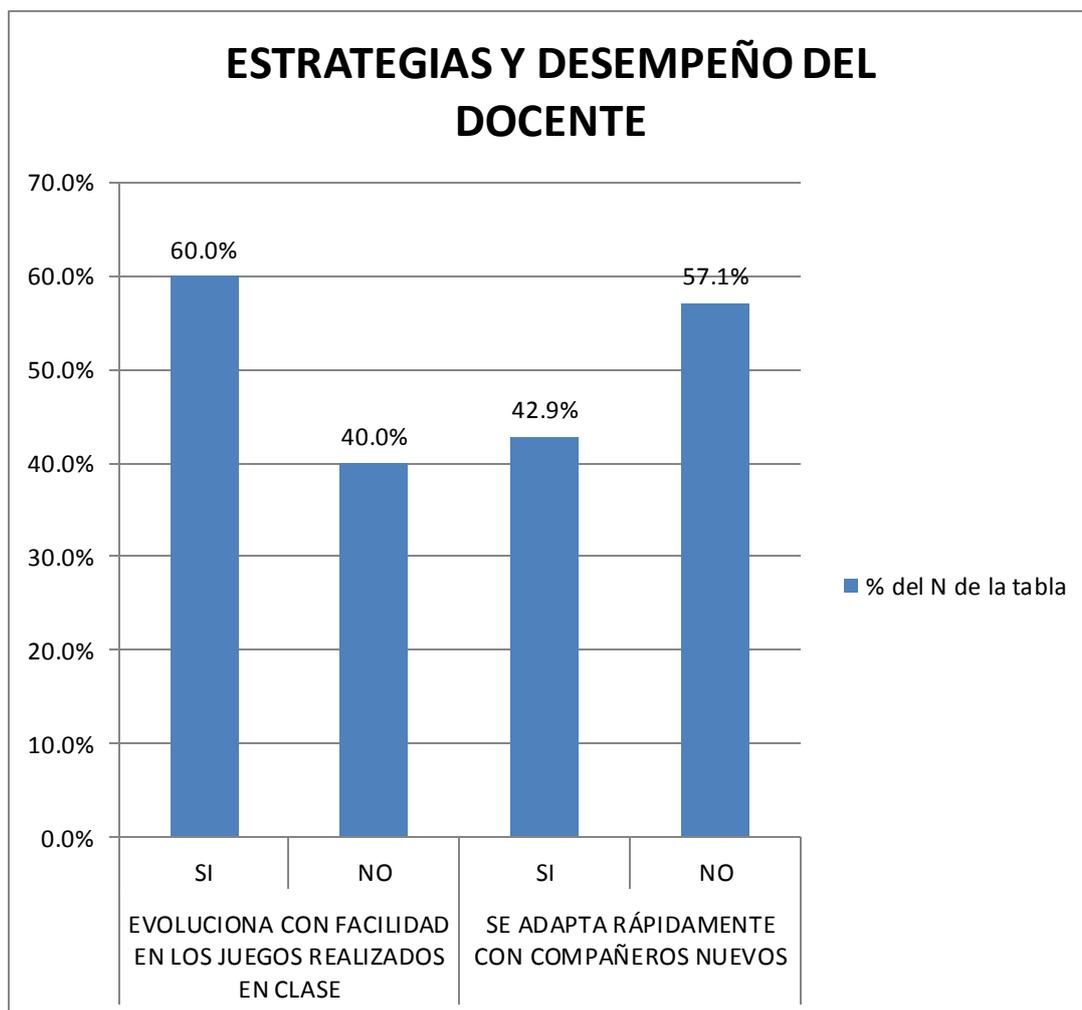
Figura N° 7



**Análisis:**

Se observa en la figura N°7, con un 68.6% podemos determinar que, si existe una mala salud en el niño, entonces no podrá desarrollar sus movimientos corporales al 100%, ya que desarrollo físico influye de manera importante para su salud y crecimiento. Podemos concluir que con un 40% no tiene un buen dominio de su cuerpo, entonces no pueden adelantar ejercicios que no son aptos para su edad como vemos en el gráfico con un 8.6%.

Figura N°8



**Análisis:**

Si un niño no es sociable como vemos en la figura con un 57.1% quiere decir que el niño no evolucionara de manera adecuada y progresiva en juegos realizados en clase, como se puede observar en el porcentaje de adaptación es de un 40% y eso indica que su inseguridad puede más que él.

## 4.2. Contrastación de hipótesis

### Hipótesis general

H<sub>0</sub> Los factores de la obesidad infantil no afectan en el desarrollo psicomotriz de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco- Lima, 2015.

H<sub>a</sub> Los factores de la obesidad infantil afectan en el desarrollo psicomotriz de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco- Lima ,2015.

**TABLA N°1**

#### Correlaciones

		Factores de Obesidad	Desarrollo Psicomotriz
Factores de Obesidad	Correlación de Pearson	1	,661**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	35	35
Desarrollo Psicomotriz	Correlación de Pearson	,661**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	35	35

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Prueba estadística:** Coeficiente de correlación de Pearson

**Regla de decisión:** Si  $p \leq 0.05$  se rechaza H<sub>0</sub>.

### Interpretación de resultados:

La matriz de correlación presenta por pares de variables el coeficiente de Pearson y el nivel de significancia obtenido, además del número de casos, la correlación entre cada pareja de variables se repite dos veces, se pueden tomar los resultados de cualquiera de las dos.

En el cuadro se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: Esta relación es moderada (está en el rango de 0.05 a 0.79) y es proporcional (tiene signo positivo).

Aun, cuando se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.01, se sigue rechazando la hipótesis nula.

### Hipótesis específica 1

H<sub>0</sub> La estructura familiar no podrá controlar la obesidad infantil de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco- Lima, 2015.

H<sub>a</sub> La estructura familiar podrá controlar la obesidad infantil de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco- Lima, 2015.

**TABLA N°2**

**Correlaciones**

		Factores de Obesidad	Desarrollo Psicomotriz
Factores de Obesidad	Correlación de Pearson	1	,551**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	35	35
Desarrollo Psicomotriz	Correlación de Pearson	,551**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	35	35

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Interpretación de resultados:

La matriz de correlación presenta por pares de variables el coeficiente de Pearson y el nivel de significancia obtenido, además del número de casos, la correlación entre cada pareja de variables se repite dos veces, se pueden tomar los resultados de cualquiera de las dos.

En el cuadro se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: Esta relación es moderada (está en el rango de 0.05 a 0.79) y es proporcional (tiene signo positivo).

Aun, cuando se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.01, se sigue rechazando la hipótesis nula.

## Hipótesis Específica 2

**H<sub>0</sub>** El desarrollo psicomotriz no influye en diversas áreas de aprendizaje de los niños Kindergarten Spiel und Spass Santiago de Surco –Lima, 2015

**H<sub>a</sub>** El desarrollo psicomotriz influye en diversas áreas de aprendizaje de los niños Kindergarten Spiel und Spass Santiago de Surco –Lima, 2015.

TABLA N° 3

### Correlaciones

		Desarrollo Psicomotriz	Crecimiento
Desarrollo Psicomotriz	Correlación de Pearson	1	,551**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	35	35
Crecimiento	Correlación de Pearson	,551**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	35	35

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Prueba estadística:** Coeficiente de correlación de Pearson

**Regla de decisión:** Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

**Interpretación de resultados:**

La matriz de correlación presenta por pares de variables el coeficiente de Pearson y el nivel de significancia obtenido, además del número de casos, la correlación entre cada pareja de variables se repite dos veces, se pueden tomar los resultados de cualquiera de las dos.

En el cuadro se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: Esta relación es moderada (está en el rango de 0.05 a 0.79) y es proporcional (tiene signo positivo).

Aun, cuando se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.01, se sigue rechazando la hipótesis nula.

### Hipótesis Específica 3

**H<sub>0</sub>**. Las limitaciones de la obesidad no permite un mejor desarrollo psicomotriz en los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima, 2015.

**H<sub>a</sub>** Las limitaciones de la obesidad permite un mejor desarrollo psicomotriz en los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima, 2015.

TABLA N° 4  
Correlaciones

	Desarrollo Psicomotriz	Crecimiento
Correlación de Pearson	1	,541**
Sig. (bilateral)		,020
N	35	35
Correlación de Pearson	,541**	1
Sig. (bilateral)	,020	
N	35	35

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Prueba estadística:** Coeficiente de correlación de Pearson

**Regla de decisión:** Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

### Interpretación de resultados:

La matriz de correlación presenta por pares de variables el coeficiente de Pearson y el nivel de significancia obtenido, además del número de casos, la correlación entre cada pareja de variables se repite dos veces, se pueden tomar los resultados de cualquiera de las dos.

En el cuadro se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: Esta relación es moderada (está en el rango de 0.05 a 0.79) y es proporcional (tiene signo positivo).

Aun, cuando se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.01, se sigue rechazando la hipótesis nula.

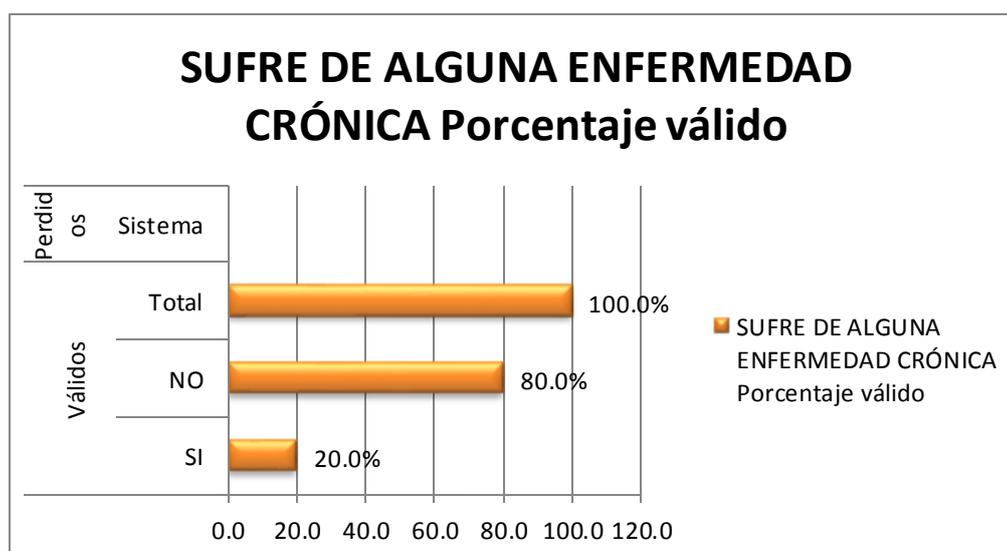
### 4.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS ITEMS

TABLA N° 1

#### SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	7	19.4	20.0	20.0
	NO	28	77.8	80.0	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

FIGURA N° 1



#### Análisis:

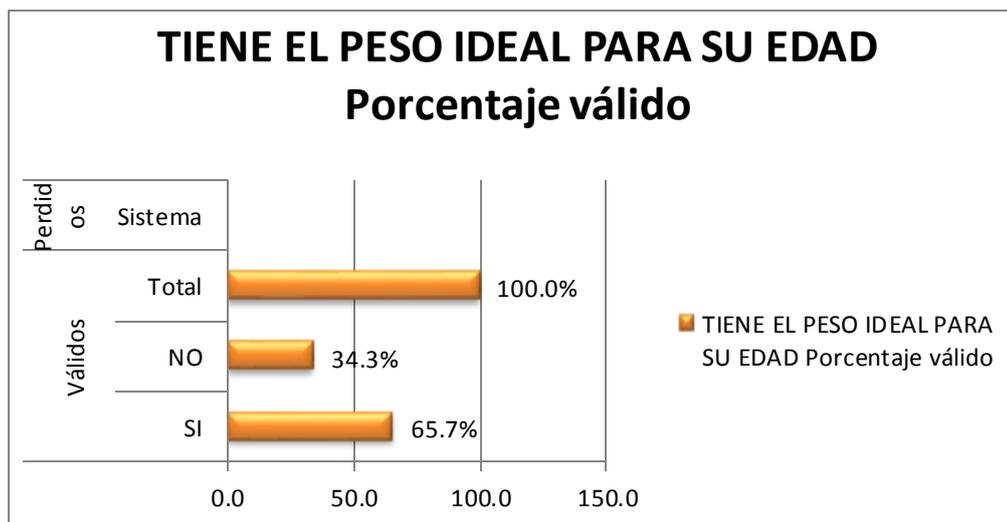
Del 100% estudiantes a quienes se observó, se ha podido identificar con ayuda de los padres y se llegó a la conclusión que el 20%, sufre de alguna enfermedad crónica debido a la obesidad y al sobrepeso que existe por una mala alimentación.

**TABLA N° 2**

**TIENE EL PESO IDEAL PARA SU EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	23	63.9	65.7	65.7
	NO	12	33.3	34.3	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 2**



**Análisis:**

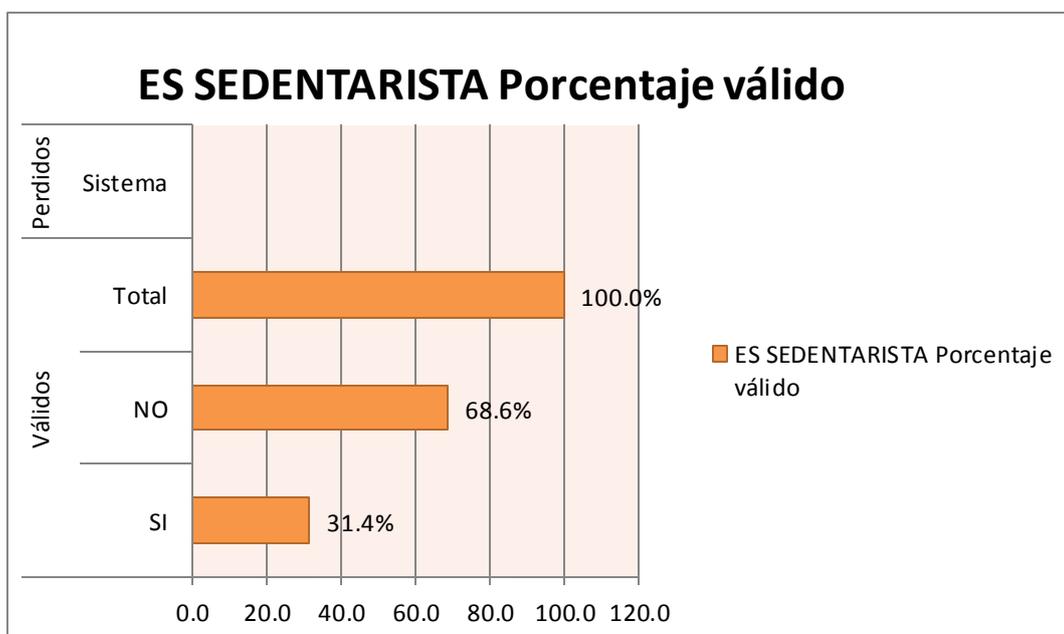
Habiendo pesado bimestralmente con ayuda de una balanza, llegamos a la conclusión como demuestra el figura N° 2, que un 34.3%, no tiene el peso ideal de un niño de su edad y esto puede generar consecuencias perjudiciales a lo largo de su vida.

**TABLA N°3**

**ES SEDENTARISTA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	11	30.6	31.4	31.4
	NO	24	66.7	68.6	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 3**



**Análisis:**

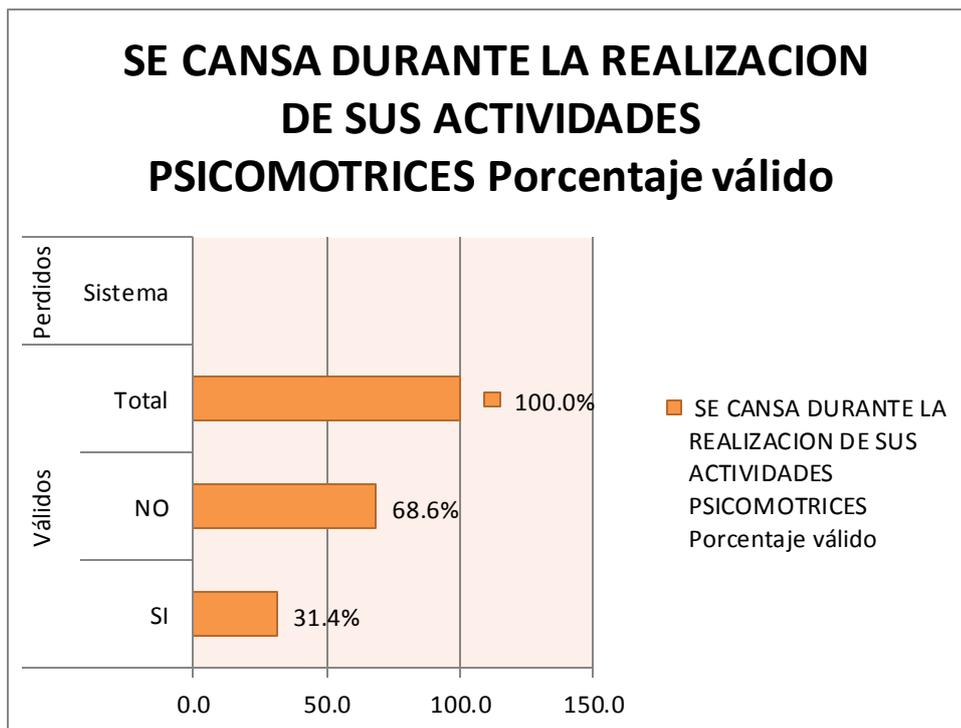
Del 100% de los estudiantes, el 31.4% se determinó que no realizan actividades con regularidad, y que incluso las actividades que pueden ser realizadas por ellos son hechas por terceras personas esto se ve reflejado en grafico N°3.

**TABLA N°4**

**SE CANSA DURANTE LA REALIZACION DE SUS ACTIVIDADES PSICOMOTRICES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	11	30.6	31.4	31.4
	NO	24	66.7	68.6	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 4**



**Análisis:**

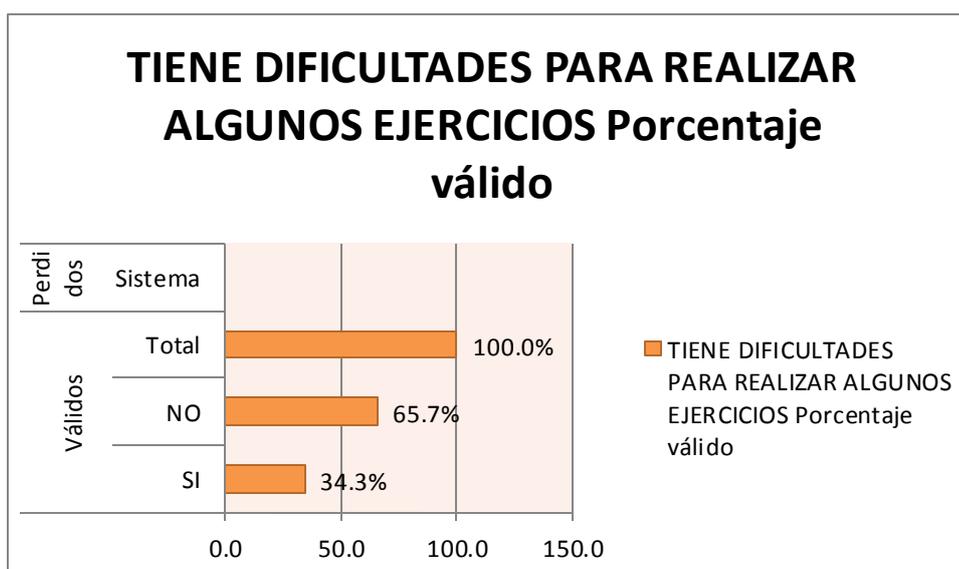
Teniendo en cuenta el estado físico del niño como se puede ver a la figura N°4, se puede concluir que un 31.4%, no culmina de manera adecuada los ejercicios por cansancio, debido que su estado físico no les permite tener una buena salud.

**TABLA N°5**

**TIENE DIFICULTADES PARA REALIZAR ALGUNOS EJERCICIOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	12	33.3	34.3	34.3
	NO	23	63.9	65.7	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 5**



**Análisis:**

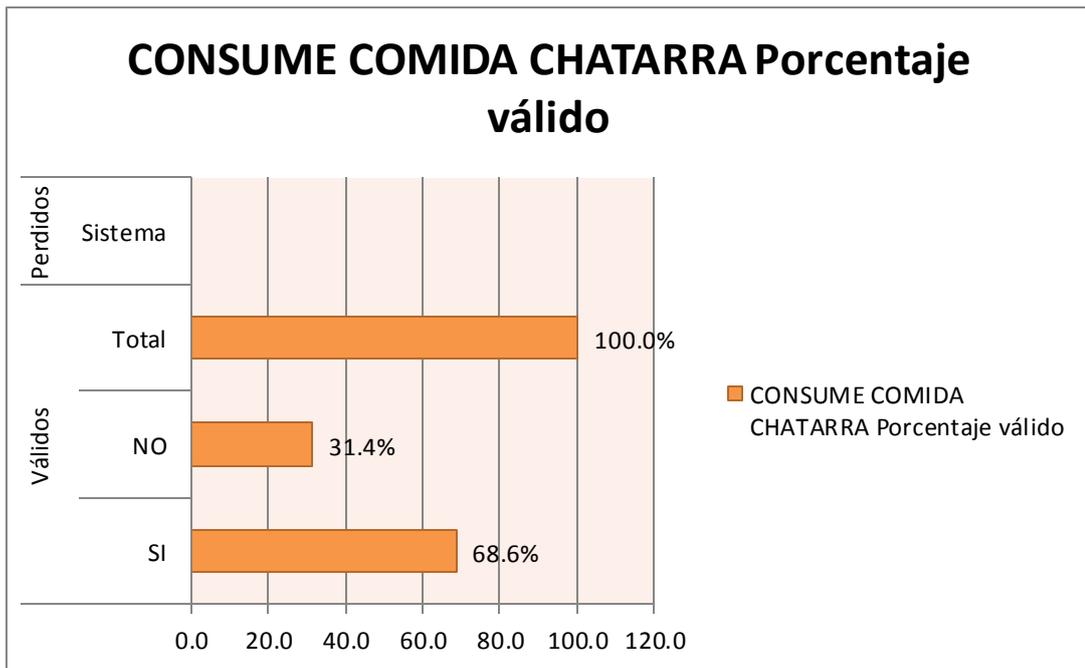
Analizando los resultados que nos da la figura N°5, y con una previa pregunta realizadas a los padres, determinamos que los niños sufren de algunas enfermedades, cuales dificultan el desarrollo al realizar ejercicios físicos, por ende el 34.3%, no puede realizar con facilidad algún tipo de actividad psicomotriz.

**TABLA N°6**

**CONSUME COMIDA CHATARRA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	24	66.7	68.6	68.6
	NO	11	30.6	31.4	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 6**



**Análisis:**

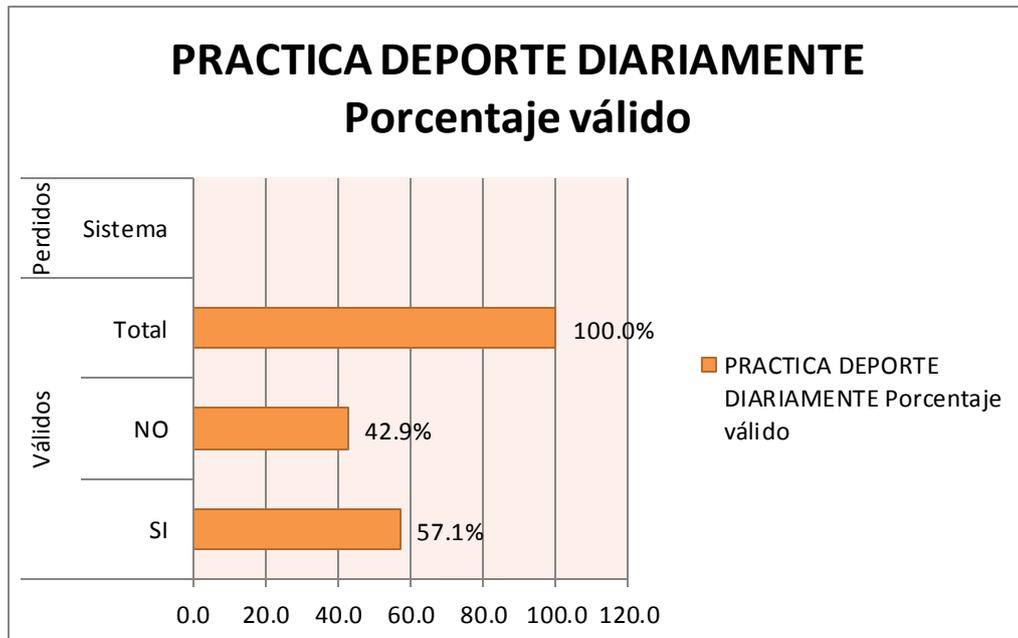
A Consecuencia de los diversos medios de comunicación que emiten una información inadecuada para los niños sobre los alimentos como demostramos en la figura N° 6, observamos que a la hora de la lonchera hay un 68.6%, que consumen comida que no favorece una correcta alimentación con los nutrientes necesarios.

**TABLA N° 7**

**PRACTICA DEPORTE DIARIAMENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	55.6	57.1	57.1
	NO	15	41.7	42.9	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 7**



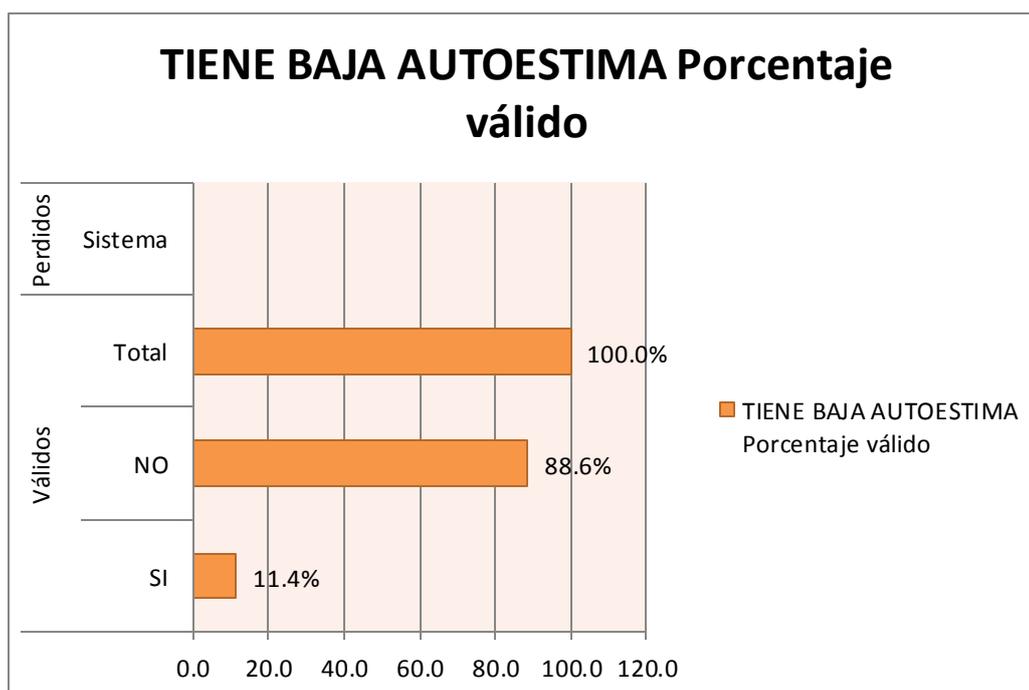
**Análisis:**

En la actualidad los padres se dedican a buscar logros profesionales y se olvidan de pasar más tiempo en áreas deportivas con sus hijos, se concluye que un 42.9%, no realizan actividades lúdicas familiares, que por factor tiempo no es posible interactuar con ellos y esto es confirmado por nuestro figura N°7.

**TABLA N° 8**  
**TIENE BAJA AUTOESTIMA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	4	11.1	11.4	11.4
	NO	31	86.1	88.6	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 8**



**Análisis:**

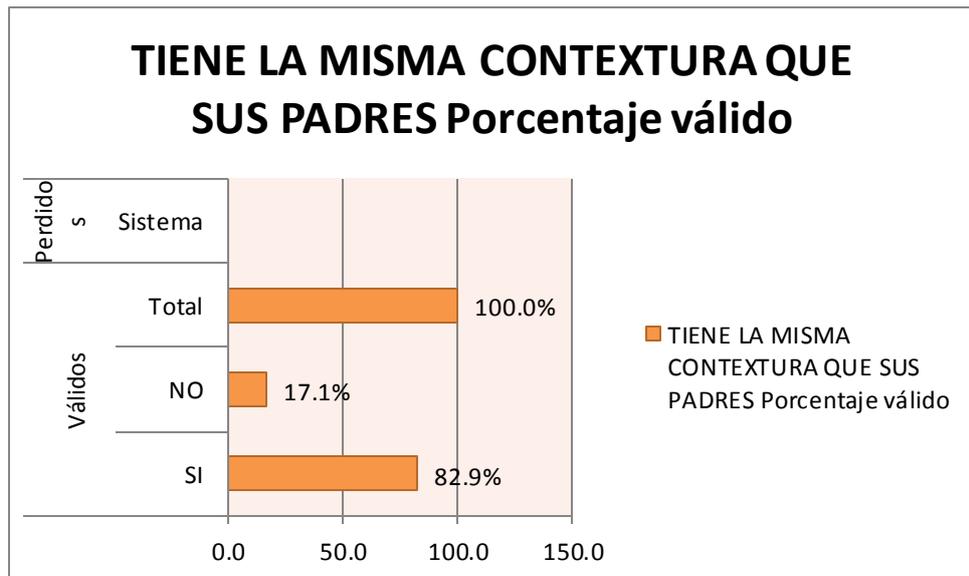
Con el resultado obtenido de la lista de cotejo, se llegó a la conclusión que un 11.4%, si sufre de baja autoestima las cuales es observado cuando se realiza los ejercicios, ya que durante el desarrollo de las actividades psicomotrices tienden al decir “no puedo “por tener una autoestima baja.

**TABLA N° 9**

**TIENE LA MISMA CONTEXTURA QUE SUS PADRES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	29	80.6	82.9	82.9
	NO	6	16.7	17.1	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N°9**



**Análisis:**

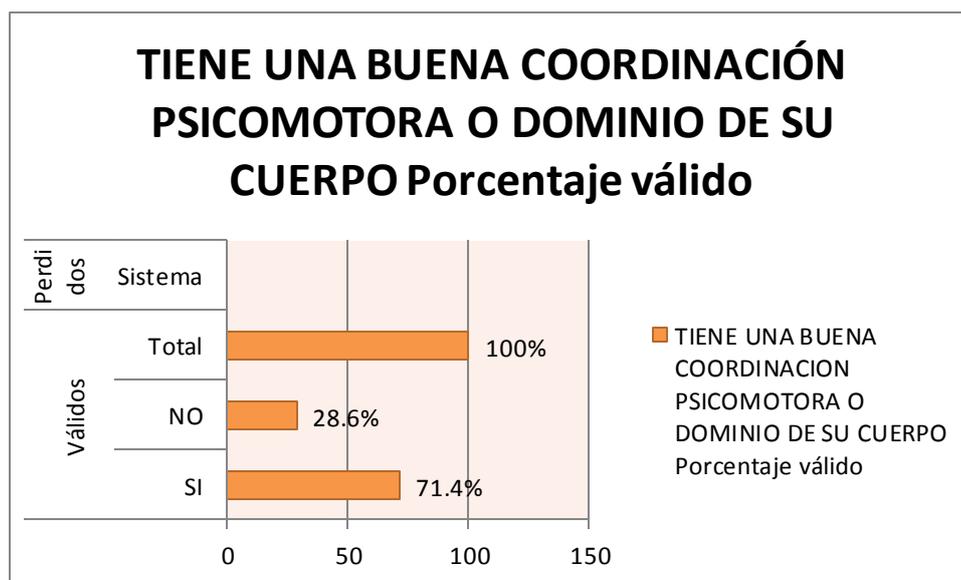
Mediante la observación y la comparación de padres e hijos nos permitimos decir que un 82.9%, tiene la misma contextura que sus padres, debido a que la genética en la mayoría de casos es heredada (padre obeso, hijo obeso).

**TABLA N° 10**

**TIENE UNA BUENA COORDINACIÓN PSICOMOTORA O DOMINIO DE SU CUERPO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	25	69.4	71.4	71.4
	NO	10	27.8	28.6	100
	Total	35	97.2	100	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100		

**FIGURA N° 10**



**Análisis:**

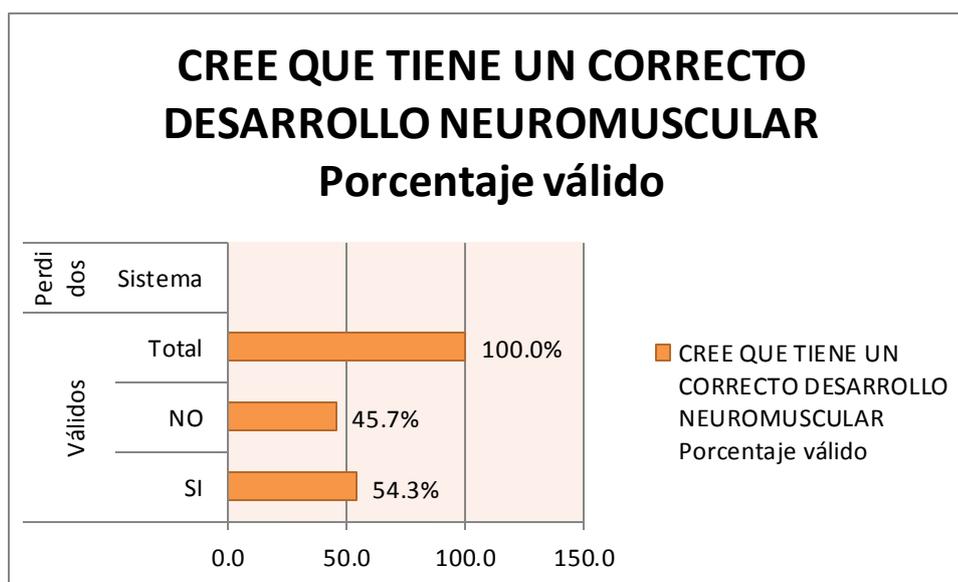
Se llegó a la conclusión que el 28.6% como nos demuestra en la figura N°10, no tiene una buena coordinación motora o un buen dominio de su cuerpo y esto se debe al sobrepeso que influye de manera negativa en las actividad lúdicas realizadas en clase.

**TABLA N° 11**

**CREE QUE TIENE UN CORRECTO DESARROLLO NEUROMUSCULAR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	19	52.8	54.3	54.3
	NO	16	44.4	45.7	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 11**



**Análisis:**

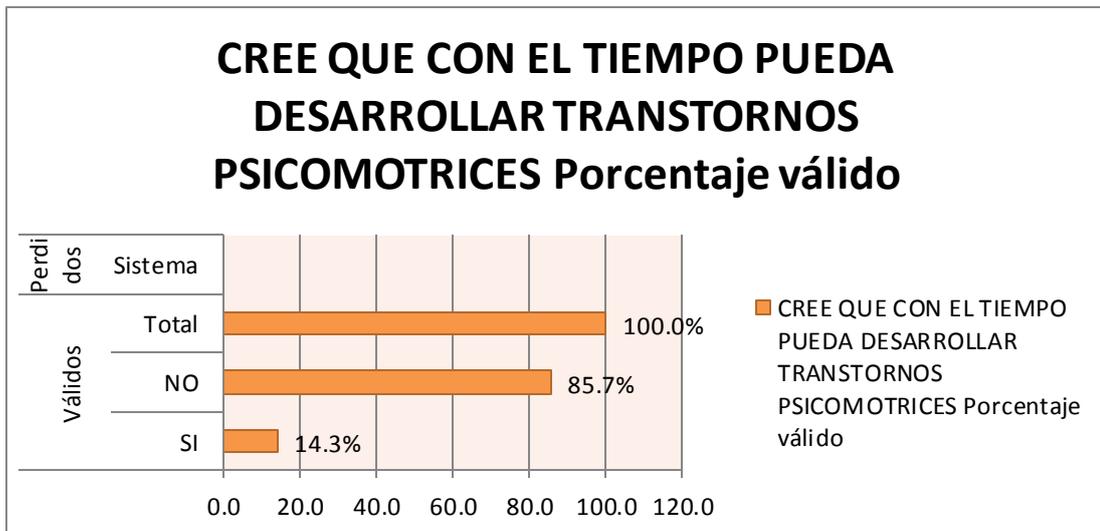
Mediante en el grafico N°11 confirmamos que el 45.7% carece de un correcto desarrollo neuromuscular, porque no tiene una evolución adecuada de su motora gruesa y fina.

**TABLA N° 12**

**CREE QUE CON EL TIEMPO PUEDA DESARROLLAR  
TRANSTORNOS PSICOMOTRICES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	5	13.9	14.3	14.3
	NO	30	83.3	85.7	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 12**



**Análisis:**

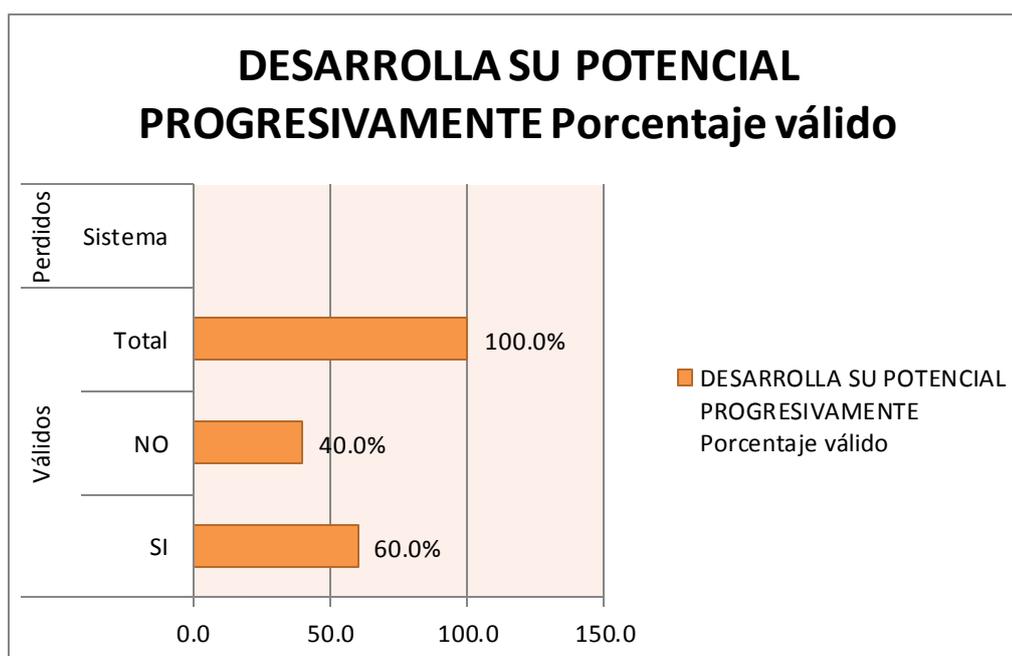
Se observa en la figura N°12 que un 14.3% puede desarrollar trastornos psicomotrices, ya que se inhiben rápidamente debido a que no desarrollan en su totalidad la personalidad.

**TABLA N° 13**

**DESARROLLA SU POTENCIAL PROGRESIVAMENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	21	58.3	60.0	60.0
	NO	14	38.9	40.0	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 13**



**Análisis:**

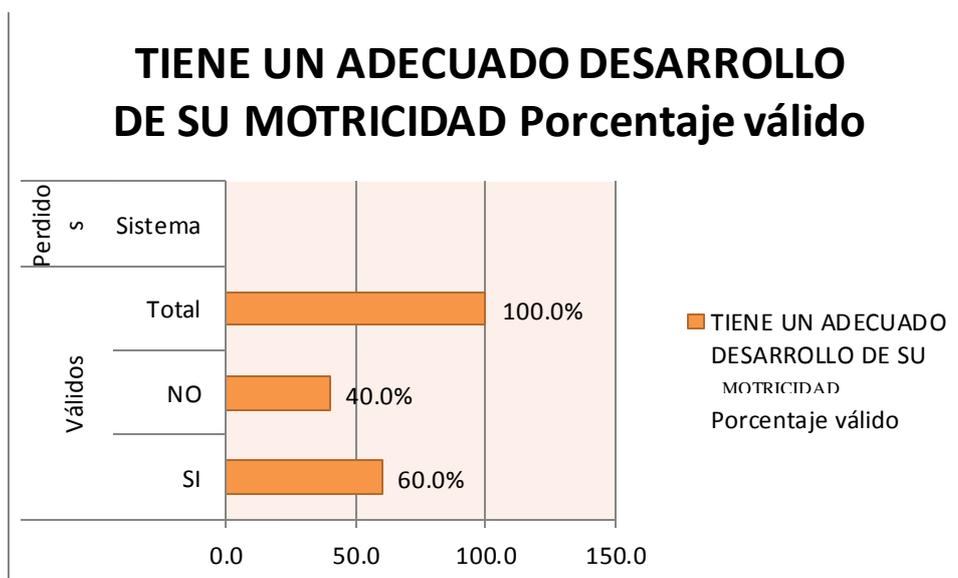
Mediante esta figura un 40%, no desarrolla a un 100% su potencial y esto se debe que en ocasiones se ve limitado a no continuar con algún tipo de ejercicio, por el temor a no ser realizados de manera correcta.

**TABLA N° 14**

**TIENE UN ADECUADO DESARROLLO DE SU MOTRICIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	21	58.3	60.0	60.0
	NO	14	38.9	40.0	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 14**



**Análisis:**

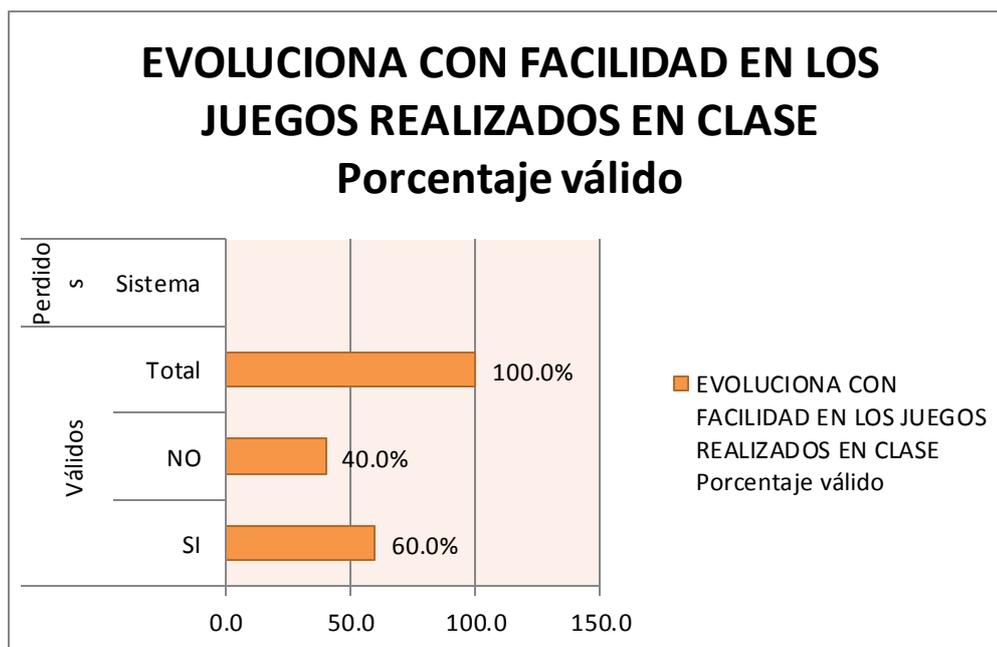
En el siguiente análisis se demuestra que un 40%, no tiene un dominio absoluto de su cuerpo como nos demuestra en esta figura N°14, debido a la longitud de la masa corporal, no les permite realizar los movimientos de la manera correcta y esto es perjudicial para su salud.

**TABLA N° 15**

**EVOLUCIONA CON FACILIDAD EN LOS JUEGOS REALIZADOS EN CLASE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	21	58.3	60.0	60.0
	NO	14	38.9	40.0	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 15**



**Análisis:**

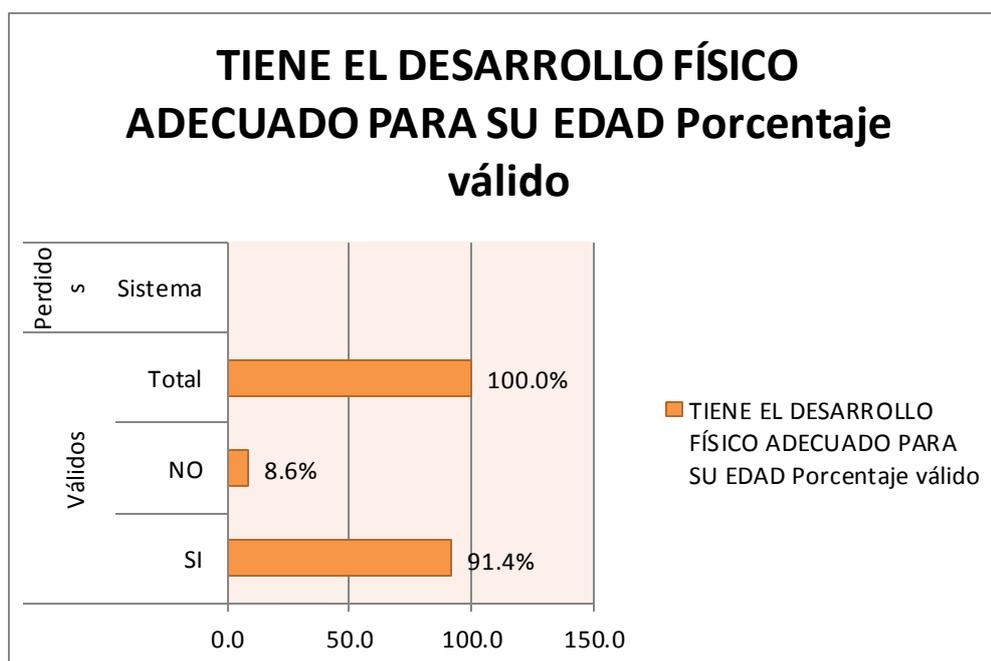
Se determina que la evolución no es suficiente, ya que un 40%, tiene un ligero sobrepeso y eso dificulta que los niños no puedan desarrollarse en el área motriz adecuadamente disminuyendo su evolución.

**TABLA N° 16**

**TIENE EL DESARROLLO FÍSICO ADECUADO PARA SU EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	32	88.9	91.4	91.4
	NO	3	8.3	8.6	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 16**



**Análisis:**

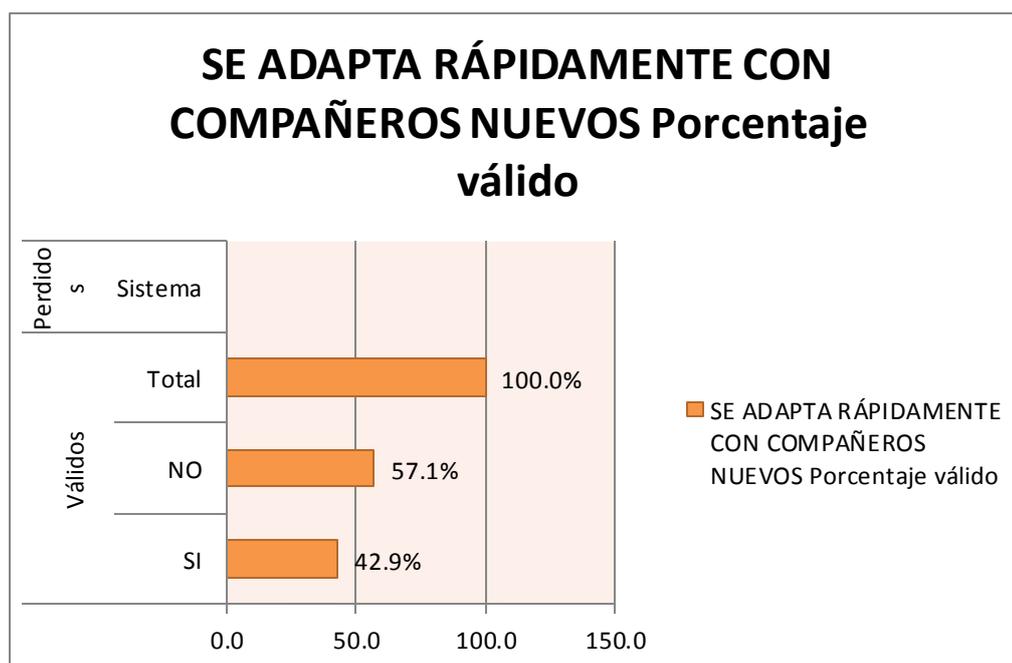
Siendo el 8.6% que no tienen el desarrollo físico de acuerdo a su edad, sé observar que a un niño no pueden exigirle que realice actividades que no son de acuerdo a su edad y físi

**TABLA N° 17**

**SE ADAPTA RÁPIDAMENTE CON COMPAÑEROS NUEVOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	15	41.7	42.9	42.9
	NO	20	55.6	57.1	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 17**



**Análisis:**

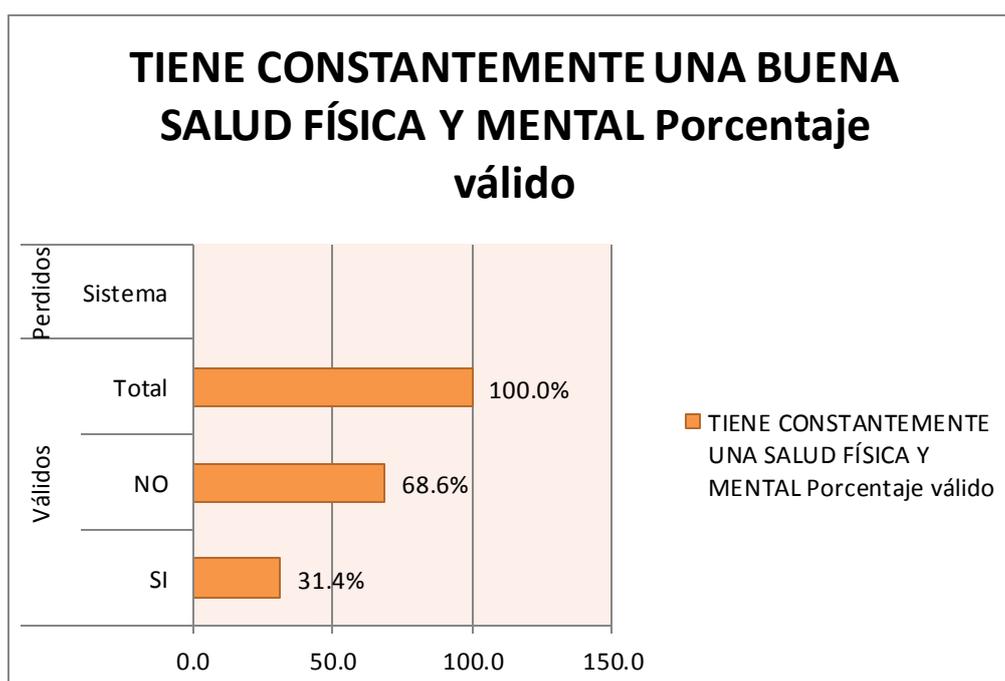
A través de la figura N°17, se observa que más de la mitad de un total de 35 niños, y en este caso el 57.1%, tienden a cohibirse en la primera semana de clases, esto se debe a que son compañeros nuevos y no saben cómo interactuar con ellos.

**TABLA N° 18**

**TIENE CONSTANTEMENTE UNA BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	11	30.6	31.4	31.4
	NO	24	66.7	68.6	100.0
	Total	35	97.2	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.8		
Total		36	100.0		

**FIGURA N° 18**



**Análisis:**

A consecuencia de una mala alimentación y diferentes enfermedades por la falta de información y desconocimiento de los padres, llegamos a la conclusión que un 68.6%, no tiene una buena salud física y mental.

**CAPÍTULO V:**  
**DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES**

## 5.1 DISCUSIÓN:

Al considerar los resultados de la Lista de cotejo realizados a los niños del Kindergarten Spiel und Spass, se puede decir que un 34.3% , no tiene el peso ideal para su edad según lo indica en la figura n°2 en el ítem: Tiene el peso ideal para su edad y esto es corroborado por los tesisistas Mavel Magaly Rosado-Cipriano, Veronika Liliana Silvera-Robles y Jorge Richard Calderón-Ticona con su tesis “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares” (2011)...realizaron una observación en niños de 6 a 10 años de diferentes centros educativos ubicado en el Cercado de Lima, cuyo resultado arrojo un 45.7% en las cuales indica que si existe obesidad infantil Dándole como conclusiones que hubo una elevada prevalencia de sobrepeso (22,0%) y obesidad (22,8%) en los escolares del cercado de Lima.

Según el gráfico de dimensión n° 3, dentro de los factores de la obesidad, el ítem del consume comida chatarra arroja un 68.6%, esto quiere decir que los niños en la actualidad al ingerir este tipo de alimentos son propensos a tener enfermedades como diabetes infantil, taquicardias, colesterol alto, etc. y un 34.3% tiene dificultades para realizar algunos ejercicios, estos ítems coinciden con los resultados de la tesisista Guiomar María Hernández Álvarez en su tesis “Prevalencia de sobrepeso y obesidad, y factores de riesgo, en los niños de 7-12 años, en una escuela pública de Cartagena septiembre- octubre de 2010” nos dice que el consumo de la comida chatarra y la falta de ejercicio conlleva a la obesidad .

Los resultados obtenidos discusión, encontramos que en el ítem: figura n°14 “tuvo como resultado que un 40%, no tienen un dominio absoluto de su cuerpo, debido a que la longitud de la masa corporal, que no le permite realizar los movimientos de la manera correcta .Se comparte esta idea que es apoyada por Gastiaburú Farfán Gloria Marina (2012) en su tesis

“Juego, coopero y aprendo para el desarrollo psicomotor de niños de 3 años de una I.E. Callao” que realizó la prueba de TEPSI que obtuvo como resultado encontrar que la fiabilidad de la prueba original ,con los ítems es de alta confiabilidad que se analizó a través de alfa de Cronbach, obteniendo para el test total=89.9%, ,llego a la conclusión que la aplicación del programa juego ,coopero y aprendo muestra la efectividad al incrementar los niveles del desarrollo psicomotor.

## **5.2 CONCLUSIONES**

1.-La aplicación de la lista de cotejo influye significativamente en los niños de 3 a 5 años del Kindergarten Spiel und Spass , ya que determina que los factores de la obesidad son: el consumo de comida chatarra con un 68.6%, no tiene un peso ideal para su edad 17.1%, es sedentarista 31.4%. Debido a la significancia de la prueba de Pearson obteniendo el valor de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula. Esta clasificación es recomendada por la OMS y es el parámetro más empleado para definir la obesidad en niños y adolescentes.

2.-En la aplicación de la lista de cotejo desarrollada en niños de 3 a 5 años el Kindergarten Spield und Spass precisa cuales son los alcances negativos de la estructura familiar como: el consumo de comida chatarra con un 68.6%.

3 .El desarrollo psicomotriz influye de manera positiva, porque ayuda al niño a desarrollarse en su crecimiento físico y mental, y esto es apoyado por Robert Rigal nos dice que a menudo el niño da muestra de un comportamiento socio afectivo.

4.-Dentro de las limitaciones de la obesidad infantil, tienen dificultad para realizar algunos ejercicios, ya que como resultado de la lista de cotejo nos dio un 34.3%, como consecuencia de una alimentación no adecuada y del sedentarismo.

### **5.3 RECOMENDACIONES**

1.- Brindar charlas informativas con ayuda de un experto en el tema a las profesoras y padres de familia, también enviar información adecuada sobre una alimentación balanceada vía correo electrónico.

2- Tomar conciencia del exceso y la continuidad de comidas rápidas, pueden producir enfermedades en los niños tales como la diabetes infantil y problemas cardiacos. Y esto es perjudicial para la salud y el bienestar del infante.

3.-Fomentar talleres extracurriculares donde los padres e hijos interactúen y cambien roles mediante juegos, bajo la tutoría de la experta en el área, que este caso sería la profesora de psicomotricidad. Este tipo de talleres pueden realizar dos veces por semana en el turno de la tarde, ya que es más factible para el horario de los padres.

4.- Realizar ferias alimentarias que contengan variedad de productos ricos en vitaminas y visual mente llamativas para fomentar curiosidad en los niños.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, E. (2008). Sobrepeso Y Obesidad en Adolescentes que estudian el Nivel Medio Básico. (tesis para optar el grado de licenciado), Londres, Villahermosa.
- Arias, F. (2006). El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. (5ª ed.). Caracas, Venezuela: Editorial EPISTEME.
- Bernal Torres, César A. (2006). Metodología de la Investigación para administración y economía. Colombia. Prentice Hall.
- Cano de Canales, Yolanda “LOS INSTRUMENTOS EN LA EVALUACION”. Lima, MINEDU.1991.
- Carrasco Díaz, Sergio (2006). Metodología de la Investigación Científica. Lima Perú. Editorial San Marcos.
- Dirección General de Atención Sanitaria-SESCAM, Consejería de Sanidad, JCCM, Toledo, Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria, Castilla- La Mancha, 2004, pág 89, 90.
- Dongo D, Sánchez J, Guillermo G, Tarqui C.(2009-2010). “Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (tesis para optar el título de licenciados). Rev Perú Med Exp Salud Pública.
- España, N.(2010).Prevalencia de obesidad en escolares que asisten al ambulatorio la sabanita.(tesis para optar el título de licenciado ).Venezuela, la sabanita.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P.(2003). Metodología de la Investigación. (4ta. Edición) México: Editorial McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011.
- MINSA, Un Gordo Problema, Sobrepeso y Obesidad en el Perú, Lima-Perú, Editorial Sanchez,2012, pág 11, 15, 34

- Pajuela, J. – Valdivia, F. (2000-2001) Resistencia a la insulina en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad de acuerdo a su grasa visceral, Perú,
- PROGRAMA NACIONAL DE FORMACION Y CAPACITACIÓN PERMANENTE. Guía de evaluación de los aprendizajes. MINEDU. PERU 2008
- Tamayo y Tamayo, M.(1997). El Proceso de la Investigación científica. Editorial Limusa S.A. México. Valdez W, Ramos W, Miranda J, Manolo JC. Análisis de la situación de salud del Perú”. Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología. Primera Edición,
- Villanos,S.(2004). realizo un estudio titulado: “Obesidad Infantil En El Centro Médico Naval, Perú.

## **Libros**

- Durivage, J .(1984).Educación y Psicomotricidad .Manual para el desarrollo del niño ,Editorial Trillas ,México
- LEXUS: Obesidad Infantil y Juvenil
- Magallanes, M. (2009) ,Psicomotricidad- Educación Inicia, Desarrollo Psicomotor y juegos psicomotrices para los niños y niñas hasta los 6 años, Ediciones y representaciones B. Honorio H. ,Perú
- Lora Risco, J. (2013). Psicomotricidad hacia una educación integral, Editorial DESA,Perú, Robert Rigal , Educación Motriz y Educación Psicomotriz en Pre-escolar y primaria, INDE Publicaciones, España 2006
- Hassink,S.(2007). Obesidad Infantil, Prevención, intervención y tratamiento en atención primaria, Editorial Medica Panamericana, España.

1.- Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad infantil.

Fecha de acceso:29-11-13. Disponible en:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.

2.- Desarrollo Psicomotor: características evolutivas de 0-3 años,Signos de alerta. Manejo terapéutico

Fecha de acceso: 2006 . Disponible en:

[:http://www.aepap.org/asturiana/curso2006/Desarrollo\\_psicomotor.pdf](http://www.aepap.org/asturiana/curso2006/Desarrollo_psicomotor.pdf)

3.- Alaya “Difundiendo infancia”

Fecha de acceso: 07-01-11 . Disponible en:

<http://www.alaya.es/2011/01/07/la-practica-psicomotriz-educativa-aucouturier/>

4.-EL Bebe.com, ¿Cómo es el desarrollo físico y psicomotor del niño de 3 a 5 años?

Fecha de acceso:14-10-15. Disponible en:

<http://www.elbebe.com/ninos-3-a-5-anos/desarrollo-fisico-motriz-nino>

5.- Obesidad infantil

Fecha de acceso:25-03-2014 Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/obesidad.html>

6.-Guíainfantil.com,”La Obesidad infantil”

Fecha de acceso: 2013 Disponible en:

<http://www.guiainfantil.com/salud/obesidad/index.htm>

7.- PSICOMOTRICIDAD “Ámbito Educativo, Terapéutico y de Ocio y Tiempo Libre”

Fecha de acceso: 02-04-13. Disponible en:

<https://lapsicomotricidad.wordpress.com/2013/04/02/704/>

8.-El Peruano, “Normas Legales”-Ley de la promoción de alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes.

Fecha de acceso:17-05-13. Disponible en:

[www.minedu.gob.pe/files/6231\\_201305171019.pdf](http://www.minedu.gob.pe/files/6231_201305171019.pdf)

9.-Familia y Salud, "Desarrollo psicomotor en el preescolar (2 a 5 años)"

Fecha de acceso: 30-10-2013. Disponible en:

<http://www.familiaysalud.es/crecemos/el-preescolar-2-5-anos/desarrollo-psicomotor-en-el-preescolar-2-5-anos>

10.-Publicaciones, Jean Le Boulch en la Psicomotricidad, método Psico - kinética . Disponible en:

[http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias\\_expo/educacion\\_fisica/cuatro.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/educacion_fisica/cuatro.pdf)

11.-Slideshare, María Montessori vida y metodología.

Fecha de acceso: 25-06-13 Disponible en:

<http://es.slideshare.net/DafneSepulvedaM/mara-montessori-vida-y-metodologa>

12.-Psicología y pedagogía, María Montessori. Ideas generales sobre el método, Escrito por Rosina Uriarte

Disponible en:

<http://psicopedagogias.blogspot.com/2010/02/maria-montessori-ideas-generales-sobre.html>

13.-Wikipedia , Bernard Aucouturier

Fecha de acceso 15-07-15 Disponible en:

[http://es.wikipedia.org/wiki/Bernard\\_Aucouturier](http://es.wikipedia.org/wiki/Bernard_Aucouturier)

## **VI. ANEXOS**



# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

## FACULTAD DE EDUCACIÓN Y CIENCIAS HUMANAS

**OBJETIVO:** Determinar los factores de la obesidad infantil influye en el desarrollo psicomotriz de los niños del kindergarten Spiel und Spass Santiago de Surco Lima, 2015.

### LISTA DE COTEJO

DIMENSIONES	ITEMS	Valoración	
		SI	NO
<b>OBESIDAD INFANTIL</b>	Sufre de alguna enfermedad crónica		
	Tiene el peso ideal para su edad		
	Es sedentarista		
	Se cansa durante la realización de sus actividades psicomotrices		
	Tiene dificultades para realizar algunos ejercicios		
<b>DESARROLLO PSICOMOTRIZ</b>	Consume comida chatarra		
	Tiene la misma contextura que sus padres		
	Tiene bajo autoestima		
	Practica deporte diariamente		
	Tiene una buena coordinación psicomotora o dominio de su cuerpo		
	Cree que tiene un correcto desarrollo neuromuscular		
	Cree con el tiempo pueda desarrollar trastornos psicomotrices		
	Desarrolla su potencial progresivamente		
	Tiene un adecuado desarrollo de su motor grueso		
	Tiene el desarrollo físico adecuado para su edad		
	Tiene constantemente una buena salud física y mental		
	Se adapta rápidamente con compañeros nuevos		
	Evoluciona con facilidad en los juegos realizados en clase		

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

INFLUENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DEL KINDERGARTEN SPIEL UND PASS DE SANTIAGO DE SURCO- LIMA, 2015.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de la obesidad infantil que afecta en el desarrollo psicomotriz de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Surco-Lima, 2015?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. ¿Cómo la estructura familiar influye en el control</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar cuáles son los factores de la obesidad infantil que afecta en el desarrollo psicomotriz de los niños del kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco-Lima, 2015</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. Precisar los alcances de la estructura familiar con la finalidad de controlar la obesidad</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>Los factores de la obesidad infantil afectan en el desarrollo psicomotriz de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima, 2015.</p> <p><b>HIPOTESIS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. La estructura familiar controla la obesidad infantil de los niños del Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima 2015.</p>	<p><b>X:OBESIDAD INFANTIL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA OBESIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad crónica</li> <li>• Peso corporal excesivo</li> </ul> </li> <li>• <b>ASPECTOS TEÓRICAS DE LA OBESIDAD INFANTIL.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedentarismo</li> </ul> </li> <li>• <b>SÍNTOMAS DE LA OBESIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para desarrollar algún deporte</li> <li>• Cansancio</li> </ul> </li> <li>• <b>CAUSAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio de comidas</li> </ul> </li> <li>• <b>FACTORES DE LA OBESIDAD INFANTIL.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genético</li> </ul> </li> <li>• <b>COMPLICACIONES</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TIPO:</b> <p style="margin-left: 20px;">Explicativo</p> </li> <li>• <b>DISEÑO</b> <p style="margin-left: 20px;">No experimental</p> </li> <li>• <b>POBLACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kirdergarten spiel und spass con 3 aulas (35 niños).</li> </ul> </li> <li>• <b>MUESTRA</b> <p style="margin-left: 20px;">Niños de 3 a 5 años.</p> </li> </ul>

<p>de la obesidad infantil en los niños del kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco – Lima, 2015?</p> <p>2. ¿De qué manera el desarrollo psicomotriz influye en el crecimiento en los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco – Lima, 2015?</p> <p>3 ¿Cuáles son las limitaciones de la obesidad en niños durante su desarrollo psicomotriz en los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco – Lima 2015?</p>	<p>infantil de los niños del kindergarten Spiel und Spass. De Santiago de Surco -Lima 2015</p> <p>2. Especificar de qué manera el desarrollo psicomotriz influye en el crecimiento de los niños Kindergarten Spiel und Spass Santiago de Surco –Lima, 2015.</p> <p>3 Identificar las limitaciones de la obesidad con la finalidad de mejorar el desarrollo psicomotriz de los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco –Lima 2015</p>	<p>2.- El desarrollo psicomotriz influye en diversas áreas de aprendizaje de los niños Kindergarten Spiel und Spass Santiago de Surco –Lima, 2015.</p> <p>3.-Las limitaciones de la obesidad permite un mejor desarrollo psicomotriz en los niños Kindergarten Spiel und Spass de Santiago de Surco – Lima 2015.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo emocional</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Y:DESARROLLO PSICOMOTRIZ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ASPECTO CONCEPTUALES DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación psicomotora</li> <li>• Conductas Neuromotrices</li> </ul> </li> <li>• <b>ASPECTOS TEÓRICOS DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo psicomotriz.</li> </ul> </li> <li>• <b>TEÓRIAS DE PROFESIONALES EL TEMA.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución del juego.</li> <li>• Desarrollo de su potencial.</li> </ul> </li> <li>• <b>ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo motor grueso</li> <li>• Desarrollo físico de niños de 3 a 5 años.</li> </ul> </li> <li>• <b>ESTRATEGIAS Y DESEMPEÑO DEL DOCENTE.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud física y mental</li> <li>• Adaptación al medio</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>INSTRUMENTOS</b></li> <li>Lista de cotejo.</li> </ul>
---	--	--	--	---