

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Fortalecimiento de la autoestima en niños y niñas de 9 a 11 años de edad como factor protector para la prevención de trastornos alimenticios a futuro

Mateo Salvador Pérez Valencia

Psicología

Trabajo de integración curricular presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciado en Psicología

Quito, 13 de diciembre de 2019

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**Fortalecimiento de la autoestima en niños y niñas de 9 a 11 años de edad
como factor protector para la prevención de trastornos alimenticios a
futuro**

Mateo Salvador Pérez Valencia

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

**María Cristina Crespo, Doctora en
Humanidades y Artes, Mención en
Educación.**

Firma del profesor:

Quito, 13 de diciembre de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Mateo Salvador Pérez Valencia

Código: 00123668

Cédula de identidad: 1718242942

Lugar y fecha: Quito, 13 diciembre de 2019

RESUMEN

La autoestima se entiende como la auto-valoración emocional y conceptualización generalizada que las personas mantienen sobre sí mismas. Dicho concepto ha sido bastante estudiado, ya que muestra relación estrecha en el desarrollo de algunos trastornos psicológicos, como los desórdenes alimenticios. Existe una amplia literatura que describe que bajos niveles de autoestima son un factor de riesgo para generar trastornos alimenticios. A su vez, es importante trabajar la autoestima desde edades tempranas, ya que disminuye el riesgo a desarrollar patologías alimenticias y se garantiza el desarrollo psicosocial adecuado en los niños. Por esta razón, esta propuesta de investigación se centra en aplicar talleres de fortalecimiento de autoestima como factor preventivo de desórdenes alimenticios a futuro. Para medir la efectividad de los talleres se analizarán los niveles de autoestima y la estima corporal pre y post y se espera que haya una correlación entre ambas variables, como un incremento a nivel post de autoestima y, por consecuencia, de la estima corporal en los estudiantes.

Palabras clave: prevención, autoestima, trastornos alimenticios, imagen corporal, niños.

ABSTRACT

Self-esteem is understood as the emotional self-assessment and generalized conceptualization that people maintain about themselves. This concept has been quite studied, since it shows a close relationship in the development of some psychological disorders, such as eating disorders. There is a large literature describing that low levels of self-esteem are a risk factor for generating eating disorders. Additionally, it is important to work on self-esteem from an early age, as they reduce the risk of developing eating pathologies and guarantee adequate psychosocial development in children. For this reason, the research proposal focuses on proposing self-esteem strengthening workshops as a preventive factor for future eating disorders. To measure the effectiveness of the workshops, self-esteem levels and body esteem will be analyzed at pre and post, where it is expected that there will be a correlation between both variables, such as an increase at the post-self-esteem level and, consequently, the body esteem in students.

Key words: prevention, self-esteem, eating disorders, body image, children.

TABLA DE CONTENIDO

<i>Introducción</i>	7
Planteamiento del problema	7
Objetivos	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Justificación	8
<i>Desarrollo del Tema</i>	10
Autoestima	10
Dimensiones y componentes de la autoestima.....	11
Formación y desarrollo de la autoestima.	13
Impacto de la autoestima.	14
Autoestima alta.	15
Autoestima baja.	15
Valoración de la autoestima en niños.	16
Trastornos Alimenticios	17
Relación de la Autoestima y los Trastornos Alimenticios	18
Diseño y Metodología	20
Población.....	20
Procedimiento y materiales.....	20
Desarrollo de la intervención.	21
Evaluación del proyecto.....	24
Análisis de datos.	26
Consideraciones Éticas	26
Resultados de la Intervención	27
<i>Conclusiones</i>	28
Fortalezas y Limitaciones de la Intervención	28
Recomendaciones para Futuras Intervenciones	29
<i>Referencias bibliográficas</i>	30
<i>Anexo A: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG</i>	34
<i>Anexo B: ESCALA DE ESTIMA CORPORAL PARA NIÑOS</i>	35
<i>Anexo C: CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	36

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

En las últimas décadas se ha dado mayor importancia al estudio de las correlaciones y consecuencias de la autoestima en las personas. Literatura reciente sugiere que niveles altos y positivos de la autoestima promueven a metas, expectativas, mecanismos de afrontamiento y comportamientos que facilitan el logro productivo y al desarrollo psicosocial de las personas (Trzesniewski et al., 2006). Por otro lado, bajos niveles de la autoestima pueden causar problemas de salud mental y física, abuso de sustancias y comportamientos antisociales (Trzesniewski et al., 2006).

Entre los niños la baja autoestima puede ser muy perjudicial, ya que puede afectar a su desarrollo exitoso y ser un predictor de malos resultados a largo plazo, sobre todo en la vida adulta (McClure, Tanski, Kingsbury, Gerrard y Sargent, 2010). De acuerdo a varios estudios, la baja autoestima en niños aumenta el riesgo de una pobre salud física y mental, el comportamiento criminal y una perspectiva económica limitado durante la adultez a futuro (Liu, Wu y Ming, 2015).

Una de las principales consecuencias de una baja autoestima en niños es la propensión a desarrollar trastornos alimenticios, sobre todo en las mujeres (Shisslak, Crago, Renger y Clark-Wagner, 1998). De acuerdo a Mantilla y Birgegård (2015) la baja autoestima es uno de los principales factores de riesgo que está relacionado con la aparición de trastornos alimenticios, ya que se produce una distorsión de la imagen corporal del individuo. Por consiguiente, es importante intervenir en fortalecer y construir una autoestima adecuado en los niños, para reducir el riesgo a desarrollar desórdenes alimenticios a futuro, sobre todo en su adolescencia.

A pesar de la amplia evidencia que existe sobre los beneficios de una alta autoestima en niños, en Ecuador el currículo de educación general básica, regulado por el Ministerio de Educación, se enfoca en otorgar una educación interdisciplinaria entre las áreas de estudio y fortalecer habilidades motrices y cognitivas básicas, más no cubre la instrucción de habilidades psicosociales, como la construcción de una autoestima saludable (Ministerio de Educación del Ecuador, 2013). Por lo tanto, los niños durante su etapa escolar no tienen oportunidad de desarrollar dichas habilidades, lo cual podría afectar a su formación psicosocial a largo plazo.

Objetivos

Objetivo general.

Proponer un taller de fortalecimiento de la autoestima en niños y niñas de 9 a 11 años de edad como factor protector para la prevención de trastornos alimenticios a futuro.

Objetivos específicos.

- Buscar mejores prácticas en el desarrollo de autoestima en niños para incluirlas en el taller.
- Sensibilizar a la comunidad educativa sobre la importancia del desarrollo de la autoestima como factor protector de salud integral.

Justificación

En la escuela, en la que se realiza el taller de fortalecimiento autoestima no existe un departamento de psicología u orientación a estudiantes que trabajen con los alumnos sobre la construcción de una autoestima saludable. A su vez, los currículos académicos no enfatizan en dichos temas. Por consiguiente, la importancia de este trabajo radica en realizar un taller de intervención de fortalecimiento y construcción adecuada de la autoestima en los

estudiantes de 9 a 11 años de edad en dicha institución, con el fin de aportar en la prevención a largo plazo del desarrollo de trastornos alimenticios, sobre todo durante la pubertad, y que los estudiantes se puedan beneficiar en fortalecer constructos que integran su auto-concepto. También, dicho programa servirá a la escuela como guía para futuras intervenciones de esta índole.

Adicionalmente, la construcción de una buena autoestima es muy importante que sea hecha desde edades tempranas, tal como se mencionó previamente, dado que una baja autoestima puede tener repercusiones graves en el crecimiento de un individuo a largo plazo. Con lo cual, su vida adulta se puede ver comprometido social, física y psicológicamente.

DESARROLLO DEL TEMA

Autoestima

De acuerdo con Abdel-Khalek (2017) “la autoestima ha sido considerada como un componente central dentro del campo de la psicología, ya que se la considera como un elemento esencial para una buena salud mental de las personas” (p. 3). Se conoce que una autoestima alta produce resultados positivos y beneficiosos en el desempeño y desarrollo de un individuo, mientras que una baja autoestima puede desencadenar en problemas psicológicos, físicos y sociales (Saadat, Ghasemzadeh, Karami y Soleimani, 2012).

Existen distintas definiciones del concepto de autoestima. Para Sedikides y Gress (2003) la autoestima se entiende como la percepción individual positiva o negativa sobre sí mismo o la evaluación subjetiva de la auto-valía, los sentimientos de auto-respeto y auto-confianza. A su vez, la autoestima está relacionada con las creencias personales sobre las destrezas, capacidades y las relaciones sociales (Abdel-Khalek, 2017). Adicionalmente, Wang y Ollendick (2001) expresan que la autoestima implica para la persona hacer una evaluación de sí mismo seguida de una reacción emocional ante dicha evaluación.

Agregando a lo anterior, Bailey (2003a) expone que la autoestima, en términos generales, son todos aquellos aspectos que la persona puede evaluar sobre sí misma. Dichos juicios se refieren a: cómo uno es (la propia filosofía de vida y su carácter), lo que uno hace (el propio trabajo tangible o intangible dirigido hacia las personas, la naturaleza, los objetos o uno mismo), lo que uno posee (el propio desarrollo inherente o habilidades y cualidades adquiridas), los diferentes niveles en cómo aparece uno (la propia apariencia física, la personalidad y la reputación) y a quién o qué uno está unido (Dios, un concepto, un grupo o una persona “especial”, el dinero, las posesiones o el poder).

En términos generales se puede afirmar que los elementos evaluativos y afectivos se encuentran presentes en todas las definiciones y teorías que hablan sobre la autoestima (Abdel-Khalek, 2017). Si bien los conceptos de autoestima pueden ser amplios, para propósitos de este trabajo se la va a puntualizar como la auto-valoración emocional y conceptualización descriptiva generalizada que las personas hacen y mantienen con respecto de sí mismas (Abdel-Khalek, 2017).

Es importante hacer una distinción entre el auto-concepto y la auto-imagen, al hablar de autoestima, ya que dichos términos suelen usarse conjuntamente y mantiene relación, pero representan un significado diferente (Manning, 2007). Por un lado, el auto-concepto se entiende como el conjunto de ideas o creencias que una persona tiene sobre sí misma (Manning, 2007). Por otro lado, la auto-imagen se explica como la representación o imagen mental que una persona mantiene sobre su aspecto o características no necesariamente visibles (Bailey, 2003b).

Dimensiones y componentes de la autoestima.

En la literatura existe una amplia información que describe dos dimensiones principales que explican a la autoestima. Por un lado, la autoestima ha sido considerada como un rasgo o actitud global y que puede afectar al yo (self) de manera general (Heatherton y Wyland, 2003; Abdel-Khalek, 2017). Por otro lado, la autoestima puede ser entendida desde diversos enfoques como un rasgo multidimensional con sub-componentes (Heatherton y Wyland, 2003) y que puede afectar a aspectos específicos del yo, como el estatus social, racial, étnicos, características físicas, habilidades atléticas, desempeño laboral o académico (Abdel-Khalek, 2017).

La dimensión que considera a la autoestima como un rasgo global explica que esta es una actitud que influye en todos los aspectos de la vida personal del individuo (Heatherton y

Wyland, 2003). Mientras que el enfoque que se centra en la autoestima como un rasgo multidimensional y con sub-componentes establece que la autoestima puede ser analizada desde distintos elementos, los cuales afectan a ciertas características específicas de la persona (Heatherton y Wyland, 2003; Abdel-Khalek, 2017).

De igual manera, dentro de la conceptualización multidimensional de la autoestima, Gilovich, Keltner y Nisbett (2006) explican que la psicología de la personalidad distingue entre una autoestima de rasgos y una de estado. La primera se caracteriza porque se mantiene estable en el tiempo y forma parte de la personalidad del individuo, mientras que la segunda es más lábil y se ve afectada por eventos, situaciones y emociones (Gilovich et al., 2006).

Añadiendo a lo anterior, Heatherton y Polivy (1991) establecieron tres tipos de componentes principales que conforman la autoestima. Por ejemplo, la autoestima de rendimiento, la autoestima social y la autoestima físico. A su vez, cada uno de estos componentes puede ser descompuesto entre subcomponentes más pequeños (Heatherton y Polivy, 1991).

La autoestima de rendimiento se refiere al sentido de competencia general y a las habilidades intelectuales. También incluye el desempeño académico, las capacidades de autorregulación, la autoconfianza, la eficiencia y la libertad individual. Las personas que poseen un alto autoestima de rendimiento consideran que son más inteligentes y capaces (Heatherton y Polivy, 1991). La autoestima social se refiere a cómo las personas piensan que otros los perciben. Aquí hay que tomar en cuenta que lo más crítico es la percepción más que la apariencia. Por lo tanto, si la gente cree que los otros, especialmente quienes son personas significativas, los valoran y los respetan, experimentarán un alto nivel de autoestima social (Heatherton y Polivy, 1991). Por otra parte, las personas que experimentan una baja autoestima social, por lo general suelen presentar mayores niveles de ansiedad social, se muestran mucho más atentos a su imagen corporal y sienten preocupación sobre cómo los

otros los perciben (Heatherton y Polivy, 1991). Por último, la autoestima físico se entiende como la propia percepción física del cuerpo, donde se incluye las habilidades atléticas, la atracción física, la imagen corporal, los estigmas físicos y los condición cultural y étnica (Heatherton y Polivy, 1991).

También, Abdel-Khalek (2017) hace una distinción entre dos enfoques de la autoestima, dentro de la perspectiva multidimensional. El primero se basa en una autoestima dirigida hacia el propio individuo, la cual se centra en confiar en la propia capacidad de pensar, aprender a elegir y tomar decisiones correctas y en superar los desafíos y cambios (Abdel-Khalek, 2017). El segundo se inclina por una autoestima centrada en la confianza, el amor y sus autorrealizaciones (Abdel-Khalek, 2017). Más recientemente, la autoestima ha sido considerada desde las dimensiones de la competencia y el valor. Sobre la base de estos dos componentes la autoestima es conceptualizada como la capacidad de afrontar los desafíos de la vida y ser digno de la felicidad (Abdel-Khalek, 2017).

Formación y desarrollo de la autoestima.

La formación de la autoestima implica un proceso largo, ya que su desarrollo ocurre durante toda la vida. A partir de las experiencias obtenidas con otras personas y actividades se construye la imagen sobre uno mismo (Saadat et al., 2012). A su vez, Abdel-Khalek (2017) explica que el proceso de configuración de la autoestima se encuentra correlacionado con la formación de la auto-imagen y el auto-concepto.

La evolución en el tiempo de la autoestima involucra periodos de caída, especialmente durante momentos de transición de una etapa de la vida a otra (Orth, Trzesniewski y Robins, 2010). Por ejemplo, en la adolescencia, debido a los cambios psicosociales que se presentan, y/o en la tercera edad, como consecuencia de la modificación en el estatus, la jubilación, las tareas y responsabilidades (Orth et al., 2010).

Según Yaratán y Yucesoylu (2010) las experiencias durante la niñez juegan un rol particularmente grande en la construcción básica de la autoestima. Adicionalmente, conforme la persona crece, reciben retroalimentación de los éxitos, fracasos y el trato recibido por otros miembros o familiares, como: profesores, entrenadores, autoridades religiosas y pares, los cuales contribuyen a la formación de la autoestima (Yaratán y Yucesoylu, 2010).

De manera similar, Brown, Dutton y Cook (2001) explican que “la autoestima se forma al principio de la vida en respuesta a factores relaciones y temperamentales y, una vez formado, otorga a las personas la habilidad de promover, proteger y restaurar sus sentimientos de auto-valía” (p. 3).

El periodo de la adolescencia es muy importante en el proceso de construcción de la autoestima. Durante esta etapa su formación se centra en la estimulación recibida por los padres y profesores (Mogonea y Mogonea, 2014). Además, el nivel de autoestima de los adolescentes se observa reflejado en su actitud y comportamiento dentro de su hogar como su institución educativa (Mogonea y Mogonea, 2014). Al parecer se ha visto que la autoestima tiende a caer durante la adolescencia, mientras que a aumentar al entrar en la adultez (Tsai, Ying y Lee, 2001).

Impacto de la autoestima.

La autoestima tiene un impacto significativo en varios ámbitos de la vida de un individuo (Kuster, Orth y Meier, 2013). Por lo tanto, esta debe ser entendida como una causa, más no una consecuencia, de los resultados de vida de una persona (Trzesniewski et al., 2006). Dependiendo de los niveles de autoestima, es decir, altos o bajos, un sujeto puede presentar resultados positivos como negativos en diversas áreas (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003). Según Orth, Robins y Widaman (2012) se ha observado que la

autoestima influencia en la satisfacción de las relaciones interpersonales, la satisfacción laboral, las relaciones sociales, el salario, el afecto, la salud física y mental.

Autoestima alta.

Los individuos con una alta autoestima muestran relaciones interpersonales más positivas y agradables, ya que presentan más comportamientos eficientes para hacer frente y mejorar una relación (Orth et al., 2012). Adicionalmente, las personas con una alta autoestima tienen un mayor desempeño y satisfacción laboral (Kuster et al., 2013). De igual manera, niveles altos de autoestima ayudan a los individuos a alcanzar mayores niveles de educación, acceder a mejor puestos de trabajo, un mejor salario y un estatus social mayor (Judge y Hurst, 2008). A su vez, quienes presentan una autoestima positiva tienden a reportar una mejor salud física, ya que reciben mayor soporte social, experimentan menores niveles de estrés y muestran más mecanismos de defensa adaptativos, que elevan su salud (Orth et al., 2012).

Autoestima baja.

Se ha podido que los bajos niveles de autoestima se han visto relacionados con un pobre rendimiento escolar (Sharma y Argawala, 2015). Asimismo, se ha identificado que una menor autoestima se encuentra relacionada con problemas de comportamiento, como intentos de suicidio, mala adaptabilidad (Abdel-Khalek, 2017), agresividad, comportamiento antisocial y delincuencia (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, y Caspi, 2005). Adicionalmente, una autoestima reducida lleva al desarrollo de problemas psicológicos, como depresión, ansiedad social, soledad, trastornos alimenticios, entre otros (Sharma y Argawale, 2015).

De igual manera, las personas que muestran una baja autoestima suelen manifestar sentimientos de inutilidad, inferioridad e inestabilidad que generan insatisfacción con la vida (Abdel-Khalek, 2017). Además, existe una tendencia en los individuos con una pobre autoestima en proyectar una actitud negativa hacia las cosas, incluyendo otra gente y en sus entornos personales (Mackinnon, 2015). También existe evidencia que refleja que bajos niveles de autoestima (sobre todo en la adolescencia) funcionan como un factor de riesgo para desarrollar problemas de abuso de sustancias o conductas criminales, sobre todo en la adultez (Trzesniewski et al., 2006). En un estudio realizado por Wild, Flisher, Bhana y Lombard (2004) se investigó la autoestima y los comportamientos de riesgo relacionados al consumo de sustancias e ideación suicida en una muestra de estudiantes adolescentes sudafricanos ($N = 116$), de octavo a onceavo curso. Los resultados obtenidos reflejaron que bajos niveles de autoestima son indicadores de consumo de alcohol, cigarrillos, drogas y de conductas o pensamientos suicidas en los adolescentes (Wild et al., 2004).

Valoración de la autoestima en niños.

Las investigaciones han demostrado que los niños presentan una alta autoestima, ya que sus auto-percepciones positivas son irreales (Robins y Trzesniewski, 2005). Además, durante la niñez los individuos se sienten más seguros, amados y aceptados, debido a que reciben mayor cuidado amoroso y atención positiva por parte de los adultos, lo cual refuerza su autoestima positivamente (Robins y Trzesniewski, 2005).

No obstante, el nivel de autoestima va declinando gradualmente durante el transcurso de su infancia (Robins y Trzesniewski, 2005). Conforme los niños se desarrollan cognitivamente, empiezan a basar sus auto-evaluaciones en la retroalimentación externa y las comparaciones sociales, por lo tanto, implementan evaluaciones más precisas y balanceadas

respecto a sus competencias académicas, destrezas sociales, atractivo y otras características personales (Robins y Trzesniewski, 2005).

Una autoestima saludable o alta apoya la estabilidad psicológica y la actividad social positiva, elementos esenciales para el desarrollo adecuado de un niño (Hosogi, Okada, Fujii, Noguchi y Watanabe, 2012). De igual manera, un infante que presenta una alta autoestima se siente más amado, aceptado, confidente, orgullosos de sus acciones, piensa positivo y cree en sí mismo (Hosogi et al., 2012). Por otro lado, un niño que posee una baja autoestima es duro y autocrítico consigo mismo, consideran que no son lo suficientemente buenos comparados con otros niños, se concentran más en los momentos que han fallado que en sus éxitos, tiene falta de confianza y dudan de sus habilidades para realizar tareas adecuadamente (Hosogi et al., 2012). A su vez, una autoestima saludable en la niñez disminuye el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos futuros, como depresión o desórdenes alimenticios (Hosogi et al., 2012).

Trastornos Alimenticios

Los trastornos alimenticios (TAL) son un conjunto de enfermedades en las cuales la persona experimenta alteraciones graves en sus comportamientos alimenticios, pensamientos relacionados y emociones (American Psychiatric Association, 2017). Por lo general, los individuos que sufren de este desorden suelen estar bastante preocupados por la alimentación y su imagen corporal (American Psychiatric Association, 2017). La mayoría de la población que sufre de este trastorno son mujeres entre 12 a 35 años de edad. Adicionalmente, existen tres tipos principales de desórdenes alimenticios: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (American Psychiatric Association, 2017).

Las personas que padecen de anorexia y bulimia nerviosa tienden a ser perfeccionistas con baja autoestima y extremadamente críticas con su cuerpo y consigo mismas (American Psychiatric Association, 2017). Adicionalmente, estos individuos se perciben y se sienten gordos, muestran un miedo intenso a ganar peso y a convertirse en personas obesas (Herpertz-Dahlmann, 2009). Por lo general, en las etapas tempranas de estas enfermedades los pacientes niegan que tienen un problema (American Psychiatric Association, 2017).

“La anorexia nerviosa se caracteriza por un peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a subir de peso y una percepción distorsionada del mismo” (Herpertz-Dahlmann, 2009, p. 32). Este trastorno es diagnosticado cuando la persona presenta un índice de masa corporal (IMC) menor a 15 (American Psychiatric Association, 2017). La bulimia nerviosa es un trastorno que se define por la ingesta exagerada de comida en periodos cortos de tiempo, conocidos como atracones (American Psychiatric Association, 2017). Comúnmente, los pacientes con este trastorno presentan un peso ligeramente bajo, normal, alto u obeso, no obstante, no es extremadamente bajo como en la AN (Herpertz-Dahlmann, 2009). Finalmente, el trastorno por atracón se entiende como el consumo de cantidades altas de comida en cortos periodos de tiempo y sentimientos de falta de control durante el atracón (American Psychiatric Association, 2009).

Relación de la Autoestima y los Trastornos Alimenticios

Antes de entrar a la secundaria los niños y niñas reportan pocas diferencias entre sus niveles de autoestima, sin embargo, durante la secundaria las mujeres experimentan una notable caída en sus niveles de autoestima comparados con los hombres (Shisslak et al., 1998). Por lo tanto, las mujeres reportan mayores problemas alimenticios en relación a los hombres (Shisslak et al., 1998).

Existe una amplia cantidad de investigaciones que se enfocan en las dificultades que presentan las personas con trastornos alimenticios (TAL), como el apego, la comunicación social y afectiva y la percepción del self y los otros (Mantilla y Birgegård, 2015). Los individuos que presentan TAL exponen constantemente patrones de apego inseguro, deterioro de las habilidades interpersonales y una auto-imagen negativa (Mantilla y Birgegård, 2015). Adicionalmente, la baja autoestima es uno de los factores de riesgo más frecuentemente reportados en estar asociado al desarrollo de TAL (Cervera et al., 2003).

En varias investigaciones se ha encontrado que una alta autoestima protege contra la patología del trastorno alimentario, mientras que una baja autoestima es un factor de riesgo para alteraciones posteriores en la alimentación y la imagen corporal (Cervera et al., 2003; Gilbert y Meyer, 2005). Según Gilbert y Meyer (2005) una autoestima pobre predice el aumento de la insatisfacción con el cuerpo a lo largo del tiempo. De manera similar, en un estudio realizado por Granillo, Jones-Rodriguez y Carvajal (2005) se encontró en un grupo de adolescentes latinas que la baja autoestima se relaciona con la disconformidad corporal, la dieta y la experimentación de síntomas bulímicos.

Adicionalmente, Naeimi, Haghghian, Gargari, Alizadeh, y Rouzitalab (2016) mencionan que la baja autoestima es un factor importante de predicción y mantenimiento de los TAL, la cual se encuentra asociada con el fuerte deseo de ser delgado (Puttevils, Vanderhasselt y Verveat, 2019). A su vez, una baja autoestima puede desencadenar una pobre imagen corporal, lo que aumentan el riesgo de padecer un desorden alimenticio (Naeimi et al., 2016).

Sin embargo, la bajo autoestima por sí sola no debe ser considerada como un factor de riesgo aislado que puede desencadenar en el desarrollo de TAL (Naeimi et al., 2016). Varios estudios han comprobado que los niveles de autoestima están relacionados con otros factores

sociodemográficos, socioeconómicos y socioculturales que funcionan de manera conjunta para desarrollar un trastorno alimenticio a futuro (Naeimi et al., 2016).

Diseño y Metodología

Para el presente proyecto se utilizará una metodología cuasi-experimental, transversal, donde se evaluará los niveles de autoestima y la satisfacción con la estima corporal pre y post intervención del mismo grupo de estudiantes de quinto a séptimo de básica. Es importante mencionar que al tratarse de una propuesta de investigación cuasi-experimental la muestra no es seleccionada aleatoriamente y no existe un grupo control y otro experimental (Bono, 2012). A su vez, al ser un trabajo transversal se tiene una muestra específica dentro de un tiempo determinado, la cual no recibirá seguimiento posterior (Bono, 2012).

Población.

En este proyecto se trabajará con una población de 24 niños, de 9, 10 y 11 años de edad, de quinto a séptimo grado de básica de una escuela privada, ubicada en la parroquia de Tumbaco, Ecuador. Los participantes son hombres (N = 12) y mujeres (N = 12). Los estudiantes que presenten alguna incapacidad médica severa y/o algún diagnóstico de trastorno mental grave serán excluidos de la intervención.

Procedimiento y materiales.

Para llevar a cabo esta investigación, primero se contactará a la escuela privada en la que se realizará la intervención. Luego se procederá a explicar a las autoridades el proyecto que se efectuará y se les invitará a participar en el mismo. Una vez que haya sido aprobada la intervención por parte de las autoridades, se coordinará una reunión con los padres de los niños participantes en el proyecto, donde se les dará las respectivas indicaciones de todo lo

que contempla la intervención. Tras haber informado a los padres de los participantes todo lo que respecta a la investigación, se procederá a repartirles el consentimiento informado para que autoricen la participación de sus hijos. Finalmente, una vez que se hayan obtenido las autorizaciones respectivas se procederá a realizar los talleres planificados.

Los talleres se llevarán a cabo en un total de cuatro sesiones los días viernes. Cada sesión tendrá una duración de 60 minutos. Los talleres serán impartidos por cuatro estudiantes de la carrera de psicología, de la Universidad San Francisco de Quito, que conforman el equipo de trabajo. Dentro de los tres primeros talleres se trabajará un tema específico y en el cuarto se realizará una actividad de refuerzo e integración de todos los temas tratados en las sesiones previas. Todas las sesiones del taller se llevarán a cabo en la propia aula de los estudiantes. En la primera y última sesión de los talleres se tomarán a los participantes las escalas de medición previstas para este trabajo. Una vez que se hayan concluido los talleres y recolectado los datos respectivos, se procederá a realizar el análisis estadístico, el reporte de los resultados y las conclusiones obtenidas del taller.

Desarrollo de la intervención.

La primera sesión estará dividida en dos secciones, donde el tema a tratar será la identidad y la autoestima, con el objetivo de reconocer y fortalecer las destrezas y debilidades de los niños. En la primera sección se realizará una actividad introductoria para romper el hielo entre los alumnos y los facilitadores y se explicará las reglas de convivencia a los niños. Dicha actividad consiste en intercambiar un zapato con otro niño y presentarse entre sí para conocerse mejor. Posterior a esto, se realizará la evaluación de las escalas a los niños, donde se entregará el respectivo material y se dará las indicaciones pertinentes.

Una vez concluida la primera sección se pasará a la segunda, en la cual se realizará la actividad de reforzamiento de autoestima planificada. El trabajo consiste en la lectura y

dramatización ante toda la clase del cuento del patito feo para reforzar la importancia de la autenticidad. Posteriormente, se aplicará algunas preguntas orales a los niños, donde se analizarán varios aspectos del cuento. Tercero, se aplicará la actividad de “Finger print – I am...” que consiste en identificar y anotar en una hoja en forma de huella digital los rasgos físicos y de personalidad de cada estudiante. Finalmente, se realizará una actividad de cierre que consiste en hacer un resumen entre toda la clase de lo aprendido durante el taller.

Los materiales usados dentro de la primera sesión serán:

- 28 mascararas de personajes del patito feo (8 cisnes, 8 perros, 8 patos, 1 cerdo, 1 gallina, 1 patito feo, 1 niño).
- 24 hojas de huellas digitales.
- 24 marcadores de colores.
- 24 escalas de medición del nivel de autoestima.
- 24 escalas de medición de la percepción de la imagen corporal.

En la segunda sesión se trabajará el tema de la empatía, por medio del reconocimiento de las emociones básicas en los niños. Al inicio de la actividad se realizará un juego introductorio entre los niños, donde tendrán que reconocer y compartir su “súper poder” (una fortaleza). Después, se realizaron cuatro grupos de 6 niños y un estudiante de psicología a cargo, donde se trabajará las dos tareas planificadas. La primera actividad consistirá en dar una breve explicación a los niños sobre la empatía, se les pedirá que identifiquen un escenario en su vida donde han sido empáticos, se escribirá el escenario pensado en un pedazo de cartulina, se lo pegará sobre un pliego de papel y se compartirá cada mensaje con el resto de grupos. En la segunda tarea dentro de los 4 grupos se trabajará con plastilina para crear juntos un parque de diversiones. El objetivo de la actividad es fortalecer el trabajo en

equipo. Por último, se realizará una actividad de cierre, en la cual un representante de cada grupo expondrá su definición de empatía.

Los materiales usados dentro de la segunda sesión serán:

- 4 pliegos de cartulinas de colores.
- 24 pedazos de cartulina rectangulares.
- 24 pedazos de plastilinas de colores.

En la tercera sesión se trabajará el tema de promoción de entornos armónicos a través del uso del diálogo para resolver conflictos. En la actividad introductoria se hará un juego con toda la clase, que consistirá en repetir en voz alta y fuerte el nombre de cada evaluador. Después, se realizará una tarea en cuatro grupos de seis niños, donde los estudiantes deberán seguir una serie de instrucciones para resolver un problema de un escenario planteado, usando el diálogo como herramienta de trabajo. Para finalizar, cada grupo expondrá frente a todos sus compañeros los resultados obtenidos en la resolución del problema.

Los materiales usados dentro de la tercera sesión serán:

- 4 figuras de un paquete de madera inflamable.
- 4 figuras de un hacha.
- 4 figuras de una pistola cargada con 45 bala.
- 4 figuras de latas de frijoles y manteca de cerdo.
- 4 figuras de periódicos.
- 4 figuras de cajetillas de fósforos
- 4 figuras de pantalones, abrigos y camisetas.
- 4 figuras de una tienda de acampar.
- 4 figuras de un pedazo de mapa.
- 4 figuras de dos botellas de alcohol.

- 4 figuras de una brújula.
- 4 figuras de una barra de chocolate.

La última sesión se centrará en recapitular y fortalecer los temas tratados en los tres talleres anteriores y será realizada en dos secciones. La primera sección se iniciará con una introducción del objetivo de la clase y las indicaciones de las normas de convivencia dentro del taller. Posteriormente, se distribuirá la clase en cuatro grupos de seis alumnos para realizar la actividad planificada, la cual consistirá en identificar y registrar una habilidad y una falencia de cada niño en una pieza de un rompecabezas humano. A continuación, se armará el rompecabezas en una pared y cada niño expondrá ante toda la clase lo que registró. A continuación, se realizará la segunda sesión que consiste en tomar nuevamente las dos escalas de medición usadas en la primera sesión. Una vez acabada la evaluación se entregará a cada niño un chocolate de despedida y se hará agradecimiento por su desempeño durante los talleres.

Los materiales usados dentro de la cuarta sesión serán:

- Rompecabezas de cartulina de figura humana.
- 24 marcadores de colores.
- 24 chocolates.
- 24 consentimientos informados.
- 24 escalas de medición del nivel de autoestima.
- 24 escalas de medición de la percepción de la imagen corporal.

Evaluación del proyecto.

En esta investigación se ha buscado encontrar la relación presente entre la autoestima y los trastornos alimenticios en niños. Adicionalmente, se ha analizado la importancia de la

autoestima como un factor preventor de trastornos alimenticios a largo plazo. Para determinar la concordancia entre la autoestima y los trastornos alimenticios se analizará la percepción de la imagen corporal de los participantes, ya que dicho componente es un factor esencial presente dentro de los desórdenes alimenticios. Para medir el impacto de este proyecto se propone aplicar pre y post la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) y la Escala de Estima Corporal (BES, por sus siglas en inglés de Body Esteem Scale). Es importante aclarar que la BES es un instrumento que solo se encuentra en inglés, por lo tanto, se deberá validar la escala en español y para una población ecuatoriana, previo a su utilización.

La Escala de Autoestima de Rosenberg es un instrumento de medición, desarrollado por Morris Rosenberg en 1965, que permite evaluar la autoestima global y es ampliamente usado dentro de la psicología, psiquiatría y salud mental (T. Wongpakaran y N. Wongpakaran, 2012). La RSES es una prueba de tipo de escala de Likert corta y fácil de usar, con diez ítems a responder en función a una escala de cuatro puntos que van desde muy de acuerdo (A) a muy en desacuerdo (D) (T. Wongpakaran y N. Wongpakaran, 2012). A su vez, la escala ha sido traducida al español y validada, por lo tanto, muestra validez simultánea, predictiva y de constructo y una confiabilidad de 0.80 (Rosenberg, 1979).

La Escala de Estima Corporal fue una herramienta desarrollada por Beverly Mendelson y Donna White en 1982 y sirve una medida de auto-informe diseñada para evaluar la estima corporal, un componente de la imagen corporal, en niños (Mendelson y White, 1982). La escala se compone de 24 elementos con respuestas de sí o no, donde el puntaje mínimo que se puede obtener es 0, que corresponde a baja satisfacción con la estima corporal, y el máximo es de 24, que representan una alta satisfacción con la estima corporal (Duncan, Al-Nakeeb y Nevill, 2004). Adicionalmente, este instrumento presenta una validez de constructo y una confiabilidad de 0.61 (Mendelson y White, 1982).

Análisis de datos.

Para poder cuantificar los datos obtenidos, primero se realizará una prueba de correlación de Pearson entre la autoestima y la estima corporal previo a la intervención, para determinar los niveles de dichos componentes previo a la intervención. Además, se realizará dos pruebas de T de muestras pareadas, una para la estima corporal y otra para la autoestima, para analizar la relación pre y post de ambas variables con relación al tiempo transcurrido entre la primera y la última sesión.

Consideraciones Éticas

En esta investigación se respetarán todas las consideraciones éticas respectivas a un proyecto de intervención. Todos los participantes previos a su colaboración firmarán un consentimiento, en el cual se aclarará el objetivo de esta investigación y la voluntariedad de su participación. Además, durante todo el proceso de la experimentación se mantendrá el anonimato de los participantes, no se tomarán fotos y no se les obligará a los beneficiarios a participar contra su voluntad en ninguna de las actividades de la intervención. Si se detecta durante la experimentación se detecta algún comportamiento llamativo en los colaboradores, el estudiante será retirado de la intervención y se restringirá a reportar la situación pertinente al profesor a cargo. Cabe recalcar que al tratarse de una investigación en menores de edad se debe obtener, previo a la intervención, el permiso de los padres y la aprobación del comité de ética.

Resultados de la Intervención

Una vez concluida la intervención se esperaría que en los resultados obtenidos exista una correlación positiva entre la estima corporal y la autoestima, es decir, a mayores niveles de autoestima en niños, mayor es la satisfacción de la estima corporal percibida. A su vez, se esperaría que los niveles de autoestima hayan incrementado post la intervención y, por consiguiente, lo satisfacción de la estima corporal.

CONCLUSIONES

Fortalezas y Limitaciones de la Intervención

En esta investigación existen tanto fortalezas como limitaciones. Dentro de las fortalezas es importante destacar que a través de esta intervención se determinará si el fortalecer los niveles de autoestima en niños mejora la percepción de la imagen corporal y, por ende, puede servir como un factor preventor para no desarrollar trastornos alimenticios a futuro. A su vez, el trabajar en la autoestima de manera general ayuda a reducir el riesgo de padecer otros problemas, como: depresión, conductas delictivas, consumo de sustancias, pobre desempeño escolar, etc. Además, en la escuela donde se llevará a cabo la intervención no existe un departamento de psicología que realice psicoeducación en torno a salud mental. Por lo tanto, este trabajo sirve como precedente para la creación de futuros talleres enfocados en promoción y fortalecimiento de la salud mental.

Con respecto a las limitaciones, es importante considerar que el tamaño de la población es reducido, por lo tanto, no resulta significativa. Además, no hubo la posibilidad de trabajar junto con los padres y los profesores para conseguir un trabajo más integral. También, hace falta pruebas de validez de las escalas utilizadas para Latinoamérica y en el idioma español, ya que la mayoría de los instrumentos de medición disponibles se encuentran en inglés, como la CBIS usada para este experimento. Por último, es importante considerar otros factores que pueden afectar la autoestima, como el trato con la familia o el trato en la escuela. Dichos factores no pueden ser controlados dentro de esta investigación, lo que pudieran arrojar resultados sesgados.

Recomendaciones para Futuras Intervenciones

Para futuras investigaciones se recomienda realizar un seguimiento longitudinal de los niños, de esta forma se pudiera precisar en el impacto real que tienen los talleres y la relación específica que mantiene la autoestima con los trastornos alimenticios. También, se sugiere ampliar el número de sesiones de la intervención para conseguir una mayor profundización en los conceptos y trabajar con padres y profesores. Adicionalmente, se recomienda obtener una base de escalas para medición de autoestima e imagen corporal en niños, las cuales hayan sido previamente validadas al español y para una población latinoamericana, específicamente Ecuador. De tal manera, se facilitaría la comprensión de los participantes y se obtendrían resultados más precisos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Khalek, A. M. (2017). Introduction to The Psychology of Self Esteem. En F. Holloway (Ed.). *Self-Esteem. Perspectives, Influences and Improvement Strategies* (pp. 1-23). Nueva York: Nova Publishers.
- American Psychiatric Association. (2017). *What Are Eating Disorders?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Bailey J. A. (2003a). The foundation of self-esteem. *Journal of the National Medical Association*, 95(5), 388-393.
- Bailey J. A. (2003b). Self-image, self-concept, and self-identity revisited. *Journal of the National Medical Association*, 95(5), 383-386.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., y Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.doi:10.1111/1529-1006.01431
- Brown, J. D., Dutton, K. A., y Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and emotion*, 15(5), 615-631.
- Bono, R. (2012). Diseños cuasi-experimentales y longitudinales. *Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona*.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J., y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280. doi:10.1002/eat.10147
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., y Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological science*, 16(4), 328-335.
- Duncan, M. J., Al-Nakeeb, Y., y Nevill, A. M. (2004). Body esteem and body fat in British school children from different ethnic groups. *Body Image*, 1(3), 311–315. doi: 10.1016/j.bodyim.2004.03.002
- Gilbert, N., y Meyer, C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 307-312.
- Gilovich, T., Keltner, D., y Nisbett, R. (2006). *Social psychology*. New York: Norton and Company.

- Granillo, T., Jones-Rodriguez, G., y Carvajal, S. C. (2005). Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: Associations with substance use and other correlates. *Journal of Adolescent Health, 36*(3), 214-220.
- Heatherton, T. F., y Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 895–910.
- Heatherton, T. F., y Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. En S.J. López y C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 219-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent Eating Disorders: Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(1), 31-47.
- Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., y Watanabe, K. (2012). Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *BioPsychoSocial Medicine, 6*(1), 1-6.
- Johnson, B. W., Redfield, D. L., Miller, R. L., y Simpson, R. E. (1983). The Coopersmith Self-Esteem Inventory: A Construct Validation Study. *Educational and Psychological Measurement, 43*(3), 907–913. doi:10.1177/001316448304300332
- Judge, T. A., y Hurst, C. (2008). How the rich (and happy) get richer (and happier): relationship of core self-evaluations to trajectories in attaining work success. *Journal of Applied Psychology, 93*(4), 849-863.
- Kuster, F., Orth, U., y Meier, L. L. (2013). High Self-Esteem Prospectively Predicts Better Work Conditions and Outcomes. *Social Psychological and Personality Science, 4*(6), 668–675. doi:10.1177/1948550613479806
- Liu, M. Wu, L., y Ming, Q. (2015). How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLOS ONE, 10*(8).
- Mackinnon, N. J. (2015). *Self-esteem and beyond*. New York: Palgrave Macmillan.
- Manning, M. A. (2007). Self-concept and self-esteem in adolescents. *Student Services, 2*, 11-15.
- Mantilla, F., y Birgegård, A. (2015). The enemy within: the association between self-image and eating disorder symptoms in healthy, non help-seeking and clinical young women. *Journal of eating disorders, 3*(1), 30.
- McClure, A., Tanski, S., Kingsbury, J., Gerrad, M., y Sargent, J. (2010). Characteristics Associated With Low Self-esteem Among US Adolescents. *Academic Pediatrics, 10*(4), 238 - 244.
- Mendelson, B. K., y White, D. R. (1982). Relation between Body-Esteem and Self-Esteem of Obese and Normal Children. *Perceptual and Motor Skills, 54*(3), 899-905. doi:10.2466/pms.1982.54.3.899

- Ministerio de Educación del Ecuador (2013). *Adaptaciones a la actualización y fortalecimiento curricular de la educación general básica, para trabajo de aula*. Quito: Ministerio de Educación del Ecuador, pp.9-11.
- Naeimi, A. F., Haghghian, H. K., Gargari, B. P., Alizadeh, M., y Rouzitalab, T. (2016). Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eating and Weight Disorders*, 21(4). <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0283-7>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., y Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 645-658.
- Orth, U., Robins, R. W., y Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271–1288. doi:10.1037/a0025558
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M. A., y Vervaeke, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?. *European Eating Disorders Review*, 1-10.
- Robins, R. W., y Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158-162.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Saadat, M., Ghasemzadeh, A., Karami, S., y Soleimani, M. (2012). Relationship between self-esteem and locus of control in Iranian University students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 31, 530-535.
- Sedikides, C., y Gress, A. P. (2003). Portraits of the self. En M. A. Hogg y J. Cooper (Eds.), *Sage handbook of social psychology* (pp. 110-138). London: Sage.
- Sharma, S., y Agarwala, S. (2015). Self-Esteem and Collective Self-Esteem Among Adolescents: An Interventional Approach. *Psychological Thought*, 8(1), 105-113.
- Shisslak, C. M., Crago, M., Renger, R., y Clark-Wagner, A. (1998). Self-esteem and the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 6(2), 105-117.
- Trzesniewski, K., Moffitt, T., Poulton, R., Donnellan, M., Robins, R., y Caspi, A. (2006). Low Self-Esteem During Adolescence Predicts Poor Health, Criminal Behavior, and Limited Economic Prospects During Adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381-390.
- Tsai, I., Ying, Y-W., y Lee, P. A. (2001). Cultural predictors of self-esteem: A study of Chinese American female and male young adults. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(3), 284-297.

- Yaratan, H., y Yucesoylu, R. (2010). Self-esteem, self-concept, self-talk and significant others' statements in fifth grade students: Differences according to gender and school type. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3506-3518.
- Wang, Y., y Ollendick, T. H. (2001). A cross-cultural and developmental analysis of self-esteem in Chinese and Western children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 253-271.
- Wild, L., Flisher, A., Bhana, A., y Lombard, C. (2004). Substance Abuse, Suicidality, and Self - Esteem in South African Adolescents. *Journal of Drug Education*, 34(1), 1-17.
- Wongpakaran, T., y Wongpakaran, N. (2012). A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry investigation*, 9(1), 54-58. doi:10.4306/pi.2012.9.1.54

ANEXO A: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

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

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

ANEXO B: ESCALA DE ESTIMA CORPORAL PARA NIÑOS

BES

You are doing such a great job! I can't believe you're able to answer all my questions. Okay, you've told me about yourself, your feelings, and about what it's like at school. Now let's talk about how you feel about your LOOKS. Let's use this GREEN poster. Sometimes I feel good about how I look and sometimes I don't feel so good about my looks. Tell me how you feel, and this time it's easy because you can just say YES that's true, or NO that's not true about yourself.

	Yes	No
1. I like what I look like in pictures ["pictures" = photographs]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kids my own age like my looks.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I'm pretty happy about the way I look.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Most people have a nicer body than I do.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. My weight makes me unhappy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I like what I see when I look in the mirror.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I wish I were thinner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. There are lots of things I'd change about my looks if I could.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. I'm proud of my body.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. I really like what I weigh.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. I wish I looked better.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. I often feel ashamed of how I look. ["ashamed" = bad or embarrassed]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Other people make fun of the way I look.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. I think I have a good body.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. I'm looking as nice as I'd like to.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. It's pretty tough to look like me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I wish I were fatter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. I often wish I looked like someone else.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. My classmates would like to look like me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. I have a high opinion about the way I look.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. My looks upset me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. I'm as nice looking as most people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. My parents like my looks.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. I worry about the way I look.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de Consentimiento Informado por escrito

Título de la investigación: Fortalecimiento de la autoestima en niños y niñas de 9 a 11 años de edad como factor protector para la prevención de trastornos alimenticios a futuro

Organizaciones que intervienen en el estudio: Universidad San Francisco de Quito (USFQ) y Escuela privada ubicada en Tumbaco.

Investigador Principal: Mateo Salvador Pérez Valencia, Universidad San Francisco de Quito, 0983272566, msperez@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores: -

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Introducción <i>Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación</i></p> <p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia, sus amigos y/o con quien usted crea necesario si considera que su(s) hijo(s) desea(n) participar o no.</p> <p>Su hijo(s) ha(n) sido invitado(s) a participar en unos talleres que se centran en el fortalecimiento de la autoestima como factor preventivo para trastornos alimenticios a futuro.</p>
<p>Propósito del estudio <i>Incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio</i></p> <p>El propósito de este estudio es medir el impacto que tiene un taller para fortalecer los niveles autoestima y mejorar su estima corporal, con el fin de prevenir el desarrollo de futuros trastornos alimenticios. El total de participantes son 24 niños de una escuela privada en el sector de Tumbaco, cuyas edades oscilan entre los 9 a 11 años.</p>
<p>Descripción de los procedimientos para llevar a cabo el estudio <i>Breve descripción de cada actividad en la que participarán los sujetos y el tiempo que tomará. No describir procesos en los que los participantes no tomarán parte.</i></p> <p>La investigación se llevará a cabo en un total de 4 talleres con una duración de 60 minutos cada una, los días viernes. Todas las intervenciones serán realizadas dentro del aula de los estudiantes bajo la supervisión de su profesor a cargo. Durante la primera sesión se entregarán a su(s) hijo(s) la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de estima corporal para ser evaluados. En la segunda y tercera sesión se trabajará en torno al desarrollo de habilidades psicosociales. Finalmente, durante la cuarta sesión se revisará nuevamente el material tratado durante las sesiones previas y se evaluará nuevamente a los niños usando las escalas de medición antes descritas.</p>
<p>Riesgos y beneficios <i>Explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios</i></p> <p>Las herramientas utilizadas dentro de esta investigación se aplicarán en hojas de papel, por lo tanto, su hijo no corre ningún riesgo de tanto físico como psicológico al momento de participar en estos talleres. Adicionalmente, los estudiantes estarán durante toda la intervención bajo supervisión de los facilitadores y de su profesor a cargo</p> <p>El beneficio principal es que los niños fortalecerán su autoestima y, por ende, el riesgo a padecer trastornos alimenticios a largo plazo puede ser menor. A su vez, los talleres fortalecerán el desarrollo de habilidades psicosociales, las cuales dotarán a su(s) hijo(s) de mecanismos que les permitan afrontar situaciones personales que se les presente durante su vida.</p>

Confidencialidad de los datos *Debe describirse cómo se protegerá el anonimato de los participantes, y también cómo se garantizará la seguridad de los datos en todas las etapas del estudio: reclutamiento, ejecución, análisis, publicación, postestudio (almacenamiento). Es importante explicar quién será el custodio de los datos recolectados..*

Para mí es muy sustancial mantener su privacidad y la de su(s) hijo(s), por lo cual aplicaré las medidas necesarias para que nadie conozca la identidad de su(s) hijo(s), ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código junto con su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores mencionados al inicio de este documento tendrán acceso. Una vez finalizado el estudio se borrará su nombre y se mantendrán solo los códigos.
- 2) No se compartirán los videos con ninguna persona, solo con los investigadores. Las filmaciones se guardarán solamente en los computadores de los investigadores hasta el final de la investigación, cuando serán borradas.
- 3) Se removerá cualquier identificador personal que permita la identificación de usted y su(s) hijo(s) al reportar los datos.
- 4) Su nombre y el de su(s) hijo(s) no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 5) El Comité de ética de la investigación en seres humanos (CEISH) de la USFQ, podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.
- 6) Al finalizar el estudio los datos serán almacenados en una computadora en un documento de word con clave por 1 año.

Derechos y opciones del participante

Usted puede negarse a la participación de su(s) hijo(s) y de ser el caso solo debe decirlo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida la participación de su(s) hijo(s), puede pedir su(s) retiro(s) del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Procedimientos para verificar la comprensión de la información incluida en este documento

- ¿Puede explicarme cómo su(s) hijo(s) va(n) a participar en este estudio?
- ¿Qué hace si su(s) hijo(s) está(n) participando y decide(n) ya no participar?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos para su(s) hijo(s) si decide(n) participar? ¿Está de acuerdo con estos riesgos?
- ¿Qué recibirá su(s) hijo(s) por participar en este estudio?
- ¿Hay alguna palabra que no haya entendido y desearía que se le explique?

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor envíe un correo electrónico a msperez@stud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del CEISH-USFQ USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p> <p>Al firmar este formulario, usted acepta voluntariamente participar en esta investigación. Usted recibe una copia de este formulario.</p> <p><i>IMPORTANTE: Para cualquier procedimiento específico, como fotografías, grabaciones, toma de muestras, almacenamiento de muestras para uso futuro, renuncia al anonimato, debe incluirse un consentimiento específico. Por ej:</i></p> <p>Acepto que se grabe mi entrevista SI () NO () N/A ()</p>	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha:
Firma del investigador	CC
Negativa del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha
Firma del investigador	CC
Revocatoria del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha
Firma del investigador	CC