



**Trabajo Final para obtener el Grado de Magíster Profesional en Educación,
mención Gestión de Calidad**

**TESINA: OBESIDAD Y AUTOESTIMA: ESTUDIO COMPARATIVO EN
ESCOLARES DE 3º Y 4º MEDIO DEL LICEO PELDEHUE
DEPENDIENTE DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO
SOCIAL DE COLINA. (EX LICEO CORONEL ENRIQUE CABRERA
JIMÉNEZ) COLINA - SANTIAGO**

Nombre del candidato a magíster: Erik Mauricio Morales Aybar

Tutor disciplinar: Francisco Calderón

Tutor metodológico: Dra. Amely Vivas

Agosto 2023

ÍNDICE

RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO JUSTIFICATIVO.....	3
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
La importancia de la autoestima.....	7
Definición de autoestima Nathaniel Branden.....	7
La invisibilidad psicológica.....	8
Investigaciones que abordan la autoestima y obesidad.....	9
El Self (Me) y el Yo (I) en la adolescencia.....	10
La perspectiva fenomenológica en Carl Rogers.....	10
La definición de autoconcepto de los autores de la escala de Piers-Harris.....	11
Albert Bandura y la autoeficacia percibida.....	12
Desde una mirada sistémica.....	12
Autoconcepto versus autoestima.....	13
Autoestima y competencias académicas.....	13
Autoconcepto y personalidad.....	14
El self escolar.....	15
Adolescencia.....	15
Cambios fisiológicos en la adolescencia.....	15
Cambios físicos en la adolescencia.....	16
Desarrollo cognoscitivo en la adolescencia.....	17
Mirada histórica, biogenética y cultural sobre la obesidad.....	18
Componentes biológicos y genéticos de la obesidad.....	22
Definición de Obesidad según la FAO.....	22
MARCO METODOLÓGICO.....	24
Enfoque y diseño de la investigación.....	24
Campo y muestra de la investigación.....	24
Instrumentos y/o Procedimientos de recolección de datos.....	25
Descripción del instrumento (Prueba de Piers-Harris).....	25
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	26
Análisis Estadístico por Subescalas.....	26
Escala total.....	31
MARCO CONCLUSIVO.....	33
Discusión y conclusiones.....	33
Dificultades en la realización del estudio.....	35
Propuestas de mejora y Futuras Líneas de Investigación.....	35
REFERENCIAS.....	38
ANEXO.....	41

RESUMEN

En los últimos 30 años Chile ha experimentado grandes cambios culturales, políticos y epidemiológicos. La vida sedentaria ha ido tomando cada vez más fuerza en nuestra sociedad, la ley del mínimo esfuerzo físico en los niños y adolescentes, y la alta ingesta calórica dan como consecuencia el aumento de la obesidad infantil y adolescente a niveles alarmantes. Los estudios que abordan este tema no son pocos, pero han sido construidos desde una mirada médica, solo tomando en cuenta los problemas físicos. Es por este motivo que el presente estudio de campo aborda la obesidad juvenil desde una perspectiva psicológica, explora como esta incide en la construcción de la autoestima en el adolescente y como este factor afecta directamente el rendimiento escolar. Se desarrolló una metodología cuantitativa con la aplicación de la Escala de Piers-Harris (a), que permite abordar el autoconcepto y deducir las posibles relaciones que se establecen entre la obesidad y la autoestima entendiendo que ambos conceptos se establecen a la base de interacciones e introyecciones en la muestra de 91 adolescentes de la población de estudiantes de 3º y 4º Medio, del nivel socioeconómico medio bajo, del Liceo técnico profesional Peldehue, perteneciente a la Corporación Municipal de Colina. Para dicho estudio se propone registrar la medida del IMC (Índice de Masa Corporal) de los 91 estudiantes y posteriormente aplicarse el instrumento. Los resultados reflejan como insumo empírico que no existe como tendencia marcadas diferencias significativas entre la obesidad y la autoestima en el ámbito escolar en los estudiantes evaluados.

INTRODUCCIÓN

El desajuste que se crea entre el yo real y el yo idealizado, puede ser una de la causa de los diversos trastornos alimentarios que existen y esto ya toca directamente el tema de la salud mental. En cuanto al género, el femenino tal vez sea el más afectado con estos estereotipos, puesto que el ideal físico presentado en el mundo de la moda y la publicidad está muy cercano al de la anorexia.

La obesidad en el adolescente lo hace más susceptible a sufrir alteraciones psicológicas, provenientes en primer lugar de las actitudes de su grupo de pares. Olweus (1973) en su libro "Personality and aggression". cuando define a las víctimas de Bulling, alude a que generalmente son niños con algún defecto.

Frente a este tema, la Psicología y la educación tiene mucho que aportar desde sus diferentes modelos teóricos, en especial desde la perspectiva sistémica, que permite abordar el tema en toda su complejidad, en la medida que se considera no sólo al adolescente, sino el entorno con el que se relaciona. El tema de la obesidad obedece a factores psicológicos, biológicos y sociales, y además puede tener múltiples causas de origen, tales como dinámicas familiares inadecuadas.

Si la autoestima es la confianza en nuestra capacidad para afrontar de buena manera los desafíos de la vida, siendo uno de los desafíos más importantes y prolongados la escuela es aquí donde las interacciones y nuestra manera de relacionarnos con los otros cobran vital importancia en el desarrollo de la autoestima y autopercepción, ya que el modo de relacionarse llevara a experimentar las interacciones como algo negativo o positivo tanto para el adolescente como para los demás.

Para Castillo (1981) los agentes sociabilizadores son las estructuras que actúan como mecanismos de intervención educativa, en este mismo sentido la escuela según Martínez Mut (1989) debe ofrecer una jerarquización de valores y realidades con el fin de generar actitudes positivas en los educandos, siendo la escuela un fiel reflejo de las características positivas de la vida.

Para muchos adolescentes el colegio representa una segunda oportunidad en la vida ya que en este tránsito que se inicia a temprana edad pueden obtener un mejor sentido de sí mismo, al igual que una mejor comprensión y proyección de la vida, en contraposición a las experiencias sociabilizadoras que traen del hogar.

Es por esto que debemos entender que la escuela y sus interacciones ejercen una influencia significativa sobre la imagen de los estudiantes, siendo los años de permanencia en este sistema un fuerte condicionante de la autoestima.

Para Juan Carbonell se debe entender la autoestima como la actitud valorativa y la representación cognitiva que un sujeto hace de sí mismo. Actualmente, un tema que llama la atención de padres y profesores dentro del sistema escolar, es el acoso que realizan niños y niñas agresores a sus pares más débiles.

Para desarrollar este estudio se utilizará una metodología cuantitativa buscando una correlación entre determinadas variables, no existiendo manipulación de variables ya que el factor obesidad será cotejada con las 6 sub escalas que constituyen el test de Piers-Harris, el cual mide el grado de autoconcepto de cada adolescente evaluado, perteneciente a 3º y 4º medio del Liceo técnico profesional Peldehue perteneciente a la Corporación Municipal de Colina.

MARCO JUSTIFICATIVO

La Universidad de Oxford, mostró que Chile a nivel mundial alcanza la posición 34 de los países con mayor obesidad. La situación se corona con los datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que estableció que el 67% de nuestra población mayor de 15 años sufre de sobrepeso u obesidad, cifra que pone a Chile en el tercer lugar, después de México (74%) y Estados Unidos (73%).

Para Chile, el costo estimado de la población con obesidad fue de 3.600 millones de dólares sólo en 2020. Si se declara enfermedad podría ponerse atajo a las comorbilidades asociadas a la obesidad como diabetes, hipertensión, trastornos mentales.

Se sabe que en la etapa en que se encuentra el escolar, la construcción de la autoestima es una tarea central del desarrollo, también que los atributos físicos, así como ser exitoso en los deportes o tener una imagen valorada por los otros, es importante en la construcción de la autoestima, así también que la autoestima es una variable interviniente en el aprendizaje formal e informal. Por tanto, medir y analizar los niveles de autoestima del niño obeso en esta etapa de su desarrollo, puede entregar información importante que permita abordar esta problemática, desde la construcción de la autoestima. Si podemos descubrir algunos aspectos al menos, de cómo se afecta la construcción de su autoestima, estaríamos en condiciones de entregar información relevante, que permita tanto a la Pedagogía como a la Psicología, desarrollar intervenciones efectivas e integrales a nivel docente.

Ahora bien, podemos sostener que la obesidad en todas sus etapas es uno de los principales problemas de salud pública. Siendo la prevención la medida más eficaz para evitar la obesidad y, por lo cual, es muy preponderante educar a los niños y jóvenes, mediante la promoción de la salud, a cómo suplir o evitar los factores de riesgo de la enfermedad, es en este punto donde cobra gran relevancia el factor psicológico, siendo el cuidado de la autoestima fundamental para mantener una buena salud mental.

El Liceo Peldehue cuenta con una matrícula de 1007 estudiantes desde séptimo básico hasta cuarto de enseñanza media científica humanista, en cuanto al nivel socioeconómico de las familias, en la mayoría corresponde a un nivel medio bajo, con un 59% total de índice de vulnerabilidad. Generalmente estas familias son beneficiarias de subsidios estatales tales como subsidio familiar, bonos u otros aportes de familiares.

El Liceo Peldehue (ex Liceo Coronel Enrique Cabrera Jiménez) es una Unidad Educativa dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina. Está ubicado en el sector Camino "Las Termas" S/N°. Altura del Kilómetro 35 Carretera General San Martín, Peldehue, Comuna de Colina. Por otro lado, en relación al nivel educativo que alcanzan las familias se puede observar, por una parte, que las familias nucleares biparentales tienen como promedio un nivel educativo de enseñanza media cursada.

En tanto a la relevancia de esta investigación, los resultados que se obtengan de este estudio puedan aplicarse a las intervenciones pedagógicas, puesto que si los docentes conocen mejor aquellos factores que afectan a sus estudiantes en sus aprendizajes, podrán aplicar estos conocimientos en post de reforzar la autoestima de los educandos y de esta manera facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje. Ramírez (2000), considera que la intervención del profesor como un mediador es un factor de gran importancia para el desarrollo de la autoestima del adolescente, de esta manera los docentes pueden facilitar la labor de crear aprendizajes significativos en el estudiante y/o generar políticas al interior de los establecimientos que resguarden la salud física de los educandos en términos de obesidad, por medio de talleres o extensión de las horas pedagógicas de Educación Física.

Manterola (2003), puntualiza que aquellos sentimientos de ineficiencia y escasa valoración personal tienen una alta relación con los resultados obtenidos en los aprendizajes de los estudiantes, además, que la educación ha prestado poca atención al desarrollo afectivo y emocional del niño. Autores como Adler (1953), Horney (1953), Fromm (1939), comparten con Freud, la idea que la autoestima puede ser más relevante que la habilidad para aprender o el coeficiente intelectual.

Por otra parte, en el ámbito de la Psicología los datos obtenidos de esta investigación se pueden utilizar en los procesos psicoterapéuticos que aborden intervenciones en adolescentes con problemas de obesidad.

Cabe señalar que el instrumento a utilizar en esta investigación se subdivide en seis partes lo que nos permite indagar en cada una de las áreas que construyen la autoestima del adolescente, en tanto esto permitirá abordar la problemática de una forma sistémica identificando cada una de sus variables.

Por último, en el ámbito familiar finalmente, el presente estudio puede entregar una valiosa ayuda para los padres de adolescentes obesos, ya que este les permitirá entender dinámicas de construcción interna del adolescente así como visualizar fórmulas de sociabilización en torno a sus dificultades, con el fin de ayudar y acompañar al adolescente obeso en la construcción de una autoestima que le permita socializar de mejor manera con el entorno y consigo mismo, de manera que consideren la autoestima de sus hijos como un cimiento importante en su desarrollo, además, de otorgar el valor adecuado a aquellos aspectos emocionales que son importantes para la construcción de un autoconcepto sólido. Goleman (1995), considera que uno de los principales aspectos en la construcción del yo es la conciencia de uno mismo y la aceptación de sí mismo, poder observarse y conocer los propios sentimientos, el verse a sí mismo bajo una luz positiva y tener la capacidad de reírse de uno mismo.

Considerando lo hasta aquí, se sostiene que es de suma importancia conocer cómo se afecta la autoestima del adolescente obeso, en una etapa de su desarrollo vulnerable en términos de la formación y reafirmación del autoconcepto, nos referimos a la etapa escolar concerniente a 3º y 4º Medio, del establecimiento ya mencionado.

La proposición de este estudio, es dar respuesta y sustento teórico para el abordaje de la autoestima en jóvenes con problemas de obesidad siendo la pregunta que abre esta investigación la siguiente:

¿Cómo incide la obesidad en la construcción de autoestima en adolescentes obesos y no obesos de 3º y 4º medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina?

Objetivo general

Analizar el grado de incidencia de la obesidad en la construcción de la autoestima en estudiantes obesos y no obesos de 3º y 4º Medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina, evaluados mediante test de P-H (a).

Objetivos específicos

1. Determinar cómo incide la obesidad y no obesidad en la conducta en estudiantes de 3º y 4º Medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina, evaluados mediante test de P-H (a).
2. Determinar cómo incide la obesidad y no obesidad en el status intelectual y escolar en estudiantes de 3º y 4º Medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina, evaluados mediante test de P-H (a).
3. Determinar cómo incide la obesidad y no obesidad en la apariencia y atributos físicos en estudiantes de 3º y 4º Medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina, evaluados mediante test de P-H (a).
4. Determinar cómo incide la obesidad y no obesidad en la ansiedad de los estudiantes de 3º y 4º Medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina, evaluados mediante test de P-H (a).
5. Determinar cómo incide la obesidad y no obesidad en la popularidad frente a sus pares en estudiantes de 3º y 4º Medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina, evaluados mediante test de P-H (a).
6. Determinar cómo incide la obesidad y no obesidad en la felicidad y satisfacción de los estudiantes de 3º y 4º Medio, del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina, evaluados mediante test de P-H (a).

MARCO TEÓRICO

La importancia de la autoestima.

Como sabemos la autoestima y el autoconcepto están ligados a la base de que ambas se pueden definir desde una actitud positiva o negativa hacia uno mismo, lo que supone un alto componente valórico.

En el ámbito académico, autores como Alder (1953), Fromm (1939), Horney (1953), comparten con Freud la idea que la autoestima, pueda ser más relevante que la habilidad para aprender o el coeficiente intelectual en el éxito escolar de los niños.

Rogers (1971), planteó que en todo ser humano existe una necesidad fundamental de “consideración positiva”, la aceptación que el sujeto recibe desde quienes lo rodean, lleva al individuo a aceptar a los otros y luego a aceptarse a sí mismo. La importancia de la autoestima radica principalmente en que, si el sujeto es capaz de aceptarse a sí mismo, tendrá la posibilidad de desarrollar todas sus potencialidades como individuo, establecerá relaciones y lazos estrechos con otras personas y desarrollará un gran sentido de pertenencia, el cual es fundamental para sentirse ocupante de un lugar en este mundo, es decir, pertenecer a una familia, un país, una etnia, etc. En este sentido el amor que el sujeto deposite en su propia persona, será fundamental para el desarrollo de las diferentes etapas de su vida, Eric Fromm (1956), distinguió en el ser humano varios tipos de amor; el amor a Dios, el amor maternal, el amor erótico y “el amor a sí mismo”. Este último para Fromm era un requisito necesario para amar a otros y para lograrlo, el sujeto debe vencer su propio narcisismo.

Definición de autoestima Nathaniel Branden

Branden (1969) definió la autoestima como la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y de ser dignos de felicidad. Esta definición poseería dos componentes interrelacionados entre sí, un sentido de eficacia personal y otro de valor propio.

El sentido de eficacia para Branden, correspondería a considerarse eficaces y a confiar en las capacidades de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y por tanto superar los retos y obstáculos que nos pone la vida. El valor propio se refiere al respeto por uno mismo y a la confianza en el derecho a ser personas felices y por lo tanto ser personas dignas de obtener logros en la vida el éxito, el amor, el respeto y la amistad de otros.

La invisibilidad psicológica.

Braden (1994), planteó el concepto de visibilidad psicológica, el cual se refiere a la necesidad humana de ser visible y considerado por otros. El niño en términos comunicacionales requiere de una retroalimentación positiva cuando explicita una conducta como respuesta frente a la de un adulto, requiere de este, sentirse observado y comprendido.

La visibilidad Psicológica, juega un rol fundamental en el desarrollo de la autoestima del niño, esta se da en la interacción con las figuras significativas, puesto que en la relación que se produce con un otro, el niño se siente perteneciente a una realidad. Braden (1969), plantea el principio de visibilidad psicológica por medio del amor romántico, el cual se refiere a la necesidad que posee el hombre de conocer, aceptar y amar a otros seres humanos, con quienes pueda interactuar intelectual y emocionalmente, de esta manera el sujeto podrá aceptarse a sí mismo.

Braden (1994), considera la autoestima como una condición que se genera como un derecho humano, fundamental y primordial en su desarrollo. Bajo esta premisa podríamos entender la autoestima como la confianza en la capacidad de pensar y de afrontar nuevos desafíos, el derecho a triunfar y a ser felices confiando en nosotros mismos, ya que si poseemos una autoestima alta la posibilidad de éxito en la vida será mayor, en tanto la probabilidad de frustración será menor. Tanto el respeto hacia sí mismo como también hacia los demás, depende de la autoestima ya que ésta marcará el tipo y la calidad de las interacciones a establecer.

Investigaciones que abordan la autoestima y obesidad.

Rafael Álvarez Cordero (2006), entrega una definición de autoestima similar a la de Branden: “es la confianza en nosotros mismos y en nuestro derecho a triunfar y ser felices”. Este facultativo de la Universidad Nacional Autónoma de México en su libro “Obesidad y Autoestima”, realiza un análisis clínico de estudio de casos y plantea que la autoestima tiene mucho que ver con nuestras experiencias de vida, aquellos pacientes que por una condición física como la obesidad y que durante su infancia han sido blancos de la burla, el sarcasmo y los apodos, lo que se obtiene es una conducta negativa, aislada: la necesidad de aparentar que todo está bien y que son felices, pero detrás de esa máscara generalmente encontramos un ser triste, devaluado, inseguro y rechazado, desde un mundo que se asocia con ser sesgado por salud, juventud, belleza y éxito.

Cordero plantea que aquellas personas que poseen una autoestima sólida y fuerte serán capaces de enfrentar todas aquellas situaciones de estrés que les ponga la vida y en especial podrán lograr generar los cambios de hábitos para luchar contra la obesidad, sin embargo, cuando la obesidad excede los 25 kilos, la meta para estos pacientes se ve muy lejana y tienden a recaer en sus programas de nutrición, por lo tanto los medios quirúrgicos en ellos son una medida que entrega buenos resultados, puesto que logran bajar rápido de peso.

La escasa literatura en la cual se relacionen estas dos variables, no es del todo concluyente. Un estudio publicado en la Revista Mexicana de Pediatría, “La autoestima y su relación con el IMC al culminar la adolescencia”, se realizó a una muestra de 41 estudiantes de recién ingreso a la universidad en dos momentos con intervalo de un año. El 21% de los estudiantes eran obesos. Al ingreso 26 de los estudiantes (63.4%) presentó una autoestima muy alta y en 15 (36%) fue alta. Un año después la muestra no presentó diferencias estadísticamente significativas, ni por sexo ni edad. El estudio concluye que no hubo relación entre el IMC y la autoestima, aunque esta última parece disminuir al aumentar el IMC.

El Self (Me) y el Yo (I) en la adolescencia.

En esta misma línea W. James postula en relación al self y al yo algunos aportes teóricos que ayudan a clarificar los cambios que suceden en el adolescente y la forma que estos impactan en la formación del autoconcepto.

El Mí Físicos: Este reconoce que los cambios físicos que ocurren en la pubertad afectan y/o impactan directamente en la forma en que el púber se percibe, se valora en las relaciones interpersonales y en la conducta del rol. Puesto que la percepción en relación al atractivo, a la fuerza o eficacia del cuerpo son factores que determinan la autoestima.

El Mí Activo: Ahora este se centra en sus propias capacidades a diferencia de lo que ocurría, en la infancia en donde el niño estaba en constante comparación con sus pares, dicho de otra forma, en este prevalece la autocompetencia en un ámbito cada vez mayor.

El Mí Social: En esta etapa cobra gran relevancia la interacción social puesto que este comienza a extender y a complejizar sus redes sociales. Lo cual es antecedido por una fuerte reducción en su número de de amigos lo cual es bastante común en esta etapa (Berwart, 1984), al superar esta etapa se puede evidenciar como el adolescente incorpora una gran cantidad de conceptos sociales en sus autodescripciones.

El Mí Psicológico: En esta etapa la mente pasa a ser un procesador activo de las experiencias gracias a las constantes experiencias de interacción con el mundo, lo cual está fuertemente basado en una conducta introspectiva.

Gracias a la incorporación reciente del pensamiento Hipotético deductivo (Piaget e Inhelder, 1975) el adolescente logra reconocer una nueva función mental del *self* en sus aspectos cognitivos diferenciado del *self* (Mí) físico.

La perspectiva fenomenológica en Carl Rogers.

La definición de autoconcepto que adoptaremos en el presente trabajo es la presentada por Carl Rogers y utilizada por los autores de la escala Piers-Harris.

Rogers fue influido por un movimiento filosófico llamado fenomenología. La referencia etimológica de fenómeno proviene del griego “phainomenon”, que significa “lo que aparece o se muestra a sí mismo”. La fenomenología busca describir aquellos datos que aparecen a nuestra percepción en la experiencia inmediata, lo que importa no es el objeto o el evento en sí mismo, sino como lo percibe el individuo. El campo fenoménico se refiere a la suma total de experiencias.

Carl Rogers (1976) plantea que la experiencia de sí mismo engloba todos los hechos y acontecimientos del campo fenomenológico que el individuo reconoce en relación al Yo y constituye la materia con que se forma la estructura experiencial llamada imagen o idea del Yo. Rogers utiliza indistintamente los términos “noción del Yo”, “imagen o idea del Yo” e incluso “estructura del Yo” para referirse a una configuración experiencial que se compone de percepciones referidas al Yo en sus relaciones con los otros y con la vida en general, el autoconcepto, entonces, es un objeto de percepción. Es la imagen que un individuo percibe de sí mismo. El término incluye los valores positivos y negativos que el individuo concede a esas percepciones. Rogers (1985), puntualiza además la tendencia del niño a percibir su experiencia como una realidad, su experiencia es su realidad y la natural tendencia que cada individuo posee, esta se refiere a la necesidad de cada organismo a desarrollar al máximo sus potencialidades para su conservación y enriquecimiento.

La definición de autoconcepto de los autores de la escala de Piers-Harris.

La definición de autoestima que ofrecen los autores del test P-H (a) con que se va a evaluar este atributo en el presente trabajo, se sitúa en la perspectiva fenomenológica y *Rogeriana* que define el término como “una configuración organizada de percepciones del sí mismo que puede ser concienciada” (Piers, E., 1967; 1976; 1984). Sobre esa base, E. Piers (1967) define el autoconcepto, como un set relativamente estable de actitudes descriptivas y también valorativas hacia el sí mismo. Estas autopercepciones dan origen a autovaloraciones (cogniciones) y sentimientos (afectos) que tienen efectos motivacionales sobre la conducta.

Albert Bandura y la autoeficacia percibida.

Bandura (2001) siguiendo con su línea en donde los mediadores cobran gran relevancia en la construcción del sujeto en torno a su autoeficacia (autoestima, autovaloración, autoconcepto), este plantea que el sentido de autoeficacia está relacionado con la valoración de la persona que ha adquirido en el ejercicio de interactuar con el otro. No obstante, este postula que el sujeto debe asumir riesgos puesto que esta es la única forma de desmitificar la sensación de fracaso e inhabilidad.

Siendo bajo este concepto un real predictor de éxito su mayor o menor autopercepción de eficacia y, por tanto, confianza y seguridad en relación al desafío que se le propone.

La autoeficacia percibida, incide directamente en el comportamiento e impacta en las metas y aspiraciones propuestas por el propio adolescente, así como en sus expectativas de resultados y grados de compromisos con sus propias metas, estos factores actúan como estimulantes o desincentivantes de la propia conducta.

En definitiva, para este la autoestima está directamente ligada con el comportamiento y con el ajuste social al cual somos sometidos en tanto a la medida de aproximarse o aislarse de un grupo y con ello generar conductas de rechazo en los otros, lo que claramente ocurre en una causalidad circular.

En este sentido el autoconcepto cumple una función preponderante en la construcción de nuevas experiencias, siendo la tensión que se origina entre el autoconcepto y la interacción con los otros el que origina las nuevas experiencias conductuales.

Durante la adolescencia periodo que nos convoca en esta investigación empírica la relación entre autoestima, desajustes sociales y conductas de riesgos tiene una directa relación con una baja autoestima.

Desde una mirada sistémica.

Para Virginia Satir (1980), el valor que se autoasigna una persona está directamente relacionado con la forma en que este fue nombrado cuando pequeño por

los adultos significativos, esta visión ortodoxa deja poca salida para quienes tuvieron experiencias negativas en este contexto. Siendo bajo esta perspectiva la familia un soporte fundamental para el desarrollo del niño, así como la aceptación social de las primeras y segundas figuras significativas del niño en términos de sociabilización.

Autoconcepto versus autoestima.

Es necesario tener presente que ambos conceptos suscitan controversia en los teóricos de la personalidad, en cuanto a si son lo mismo o no. Algunas definiciones del autoconcepto plantean que es la suma de creencias que un individuo posee sobre sus cualidades personales, es decir cómo nos percibimos a nosotros mismos, mientras que la autoestima responde a la valoración positiva o negativa que se hace sobre estas cualidades en relación con un otro. La autoestima se refiere a cómo la persona se ve a sí misma, cómo piensa de sí y cómo reacciona ante sí: es una predisposición a percibirse competente o no frente a ciertos desafíos o tareas. Este proceso inevitablemente marcará y condicionará el desarrollo de las potencialidades del individuo.

El niño no nace con un concepto preformado acerca de su valor, de sus competencias, de sus capacidades, méritos y potencialidades, sino que el autoconcepto se va formando y desarrollando paulatinamente como resultado de sus interacciones con los otros, de sus experiencias físicas, psicológicas y sociales, de manera que se aprende, se adquiere y por ende se incorpora. Por otra parte, aunque se trata de una condición bastante estable durante el desarrollo, está sujeta a cambios en el transcurso del tiempo de acuerdo a como las personas se van percibiendo en su propia línea de tiempo.

Autoestima y competencias académicas.

Como psicólogos y educadores este es un tema que atrae fuertemente nuestra atención, así como los factores que interfieren y variables relacionales que inciden y

determinan el aprendizaje de los educandos, no obstante, los estudios encontrados se centran en el escolar básico.

Estos apuntan a que el éxito o el fracaso en términos escolares estará determinado por a los aspectos fundamentales de autovaloración la cual incide directamente en sus logros generándose un espiral ascendente o viceversa la base de la retroalimentación positiva o negativa.

El desarrollo del Self está directamente relacionado con la etapa de escolarización (Harter, 1982 y Clark, en: Entwisle y Cols., 1987) plantean la importancia del autoconcepto como propiciador del rendimiento escolar y por lo tanto retroalimentar positivamente al niño es fundamental para el buen desempeño de su futuro escolar. Siendo este tipo de niños capaz capaces de alcanzar las metas académicas, ya que presentan una mayor tolerancia a la frustración y son más persistente en el esfuerzo.

Autoconcepto y personalidad.

Cuando pensamos en mediadores del aprendizaje inevitablemente se nos viene a nuestra memoria conceptos como autoconcepto y autoestima años.

El autoconcepto puede ser entendido como el “sentido de sí mismo”, en el cual está implícita la pregunta ¿Quién soy? Lo que actúa como un controlador de la conducta, condicionando la ejecución de ciertas tareas ya que estas siempre estarán sujetas a un juicio objetivo y subjetivo, el que se obtiene por medio del autoconcepto positivo o negativo. Piaget denomina el concepto de sí mismo en el niño como “un sí mismo ingenuo”.

El cual nace de la fantasía que el niño se hace con relación a lo que los otros piensan de él, en tanto el niño va creciendo el autoconcepto va tomando cuerpo desde la comparación con sus pares según resultado positivo o negativo de la comparación, en tareas y competencias que importan para la edad o para el grupo.

Alrededor de los 6/7 años el autoconcepto no depende en demasía de los juicios externos ni de las comparaciones ya que este comienza a definirse en términos psicológicos; dando paso al (yo ideal) incorporando *los debería* en el control de impulso en pos de una mayor aceptación.

El self escolar.

Responde al ejercicio de escolarizar al niño, en donde este debe asumir un nuevo rol como estudiante, en el que se suscribe la incorporación a nuevos grupos de pares, referencia y pertenencia, en este ejercicio el educando estará en una constante autocomparación por medio de escalas tan desvalorizadas como son las notas. Frente a la presencia de un self positivo podremos encontrar a un estudiante activo y comprometido con sus niveles de aprendizaje y viceversa.

En esta etapa cobra gran relevancia la construcción del discurso y como nos referimos al educando, así como la intencionalidad que pongamos en nuestros refuerzos positivos o negativos y en la forma que interactuemos por medio del lenguaje con estos (axiomas de la comunicación).

Adolescencia.

A modo general debemos entender a la adolescencia como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, etapa que Françoise Dolto la denomina el purgatorio de la vida, en relación con los múltiples conflictos y transformaciones que se dan en el adolescente sean estos físicos, emocionales y en su forma de ser y actuar. Siendo la sexualidad uno de los aspectos más relevantes dentro de esta etapa, en especial para la construcción y reafirmación de la identidad, ya que estas alteraciones y transformaciones implican procesos psico-bio-sociales. Es en este punto donde el género determinará la identidad sexual. Comprendiendo por construcción de género las actitudes, creencias, valores y conductas que la sociedad nos atribuye por ser hombres o mujeres.

Cambios fisiológicos en la adolescencia.

La pubertad es la época de la vida en la cual se da la máxima diferencia sexual, desde el estadio prenatal. Para las niñas la menarquia (1º menstruación), señala el establecimiento de la madurez sexual. La presencia de semen en la orina masculina puede indicar la madurez sexual de los jóvenes. Para ambos sexos, la aparición del

vello púbico es un signo de madurez sexual. Acá aparecen las características sexuales. Hablamos de características sexuales primarias refiriéndonos a aquellas directamente relacionadas con los órganos sexuales, como el aumento gradual de los ovarios, el útero y la vagina; de los testículos, la glándula prostática y las vesículas seminales. Hablar de características sexuales secundarias incluye otros signos fisiológicos de maduración tales como el desarrollo de los senos en las jóvenes y el ensanchamiento de los hombros en los hombres. Otros que aparecen en ambos sexos son: cambios en la voz, cambios en la piel y crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal.

Cabe señalar que diversas investigaciones -tanto en Chile- como en otros países hablan de un adelantamiento significativo de la menarquia, según la cual las jóvenes estarían ingresando a la edad fértil en edades menores, con el consiguiente adelanto en la madurez endocrino-sexual. En Chile este adelantamiento se ha verificado en 0,8 meses por década entre 1887 y 1940 y en 4,5 meses por década entre 1940 y 1977. De acuerdo a ello, la menarquía actualmente se está presentando en las jóvenes alrededor de los 12,6 y 12,9 años.

Cambios físicos en la adolescencia.

Este crecimiento, en ambos sexos, afecta prácticamente todas las dimensiones musculoesqueléticas. El crecimiento es distinto según el sexo durante esta fase del desarrollo lo que da como resultado diferente y únicas conformaciones corporal. Este crecimiento tiene que ver con las características sexuales secundarias por acción de las hormonas sexuales. La estatura máxima se alcanza alrededor de los 21 años en los hombres y los 17 años en las mujeres.

En la adolescencia los jóvenes muestran gran interés por su apariencia física. Manifestando una gran disconformidad con respecto a su la corporalidad la cual está en directa relación con la construcción de la autoestima y/o autoconcepto ya que estos dependen de que tan atractivos les consideren sus pares entendiendo que ambos aspectos se construyen a la base de la relación que se establece con un otro. Si observamos la importancia que tiene la obesidad en un niño/a cuando ingresa en la adolescencia. Se ha demostrado que los adultos que se consideran así mismos como

atractivos durante su juventud tienen una autoestima más alta y son más felices que las personas menos atractivas. También se ha observado la importancia que tiene el tiempo de maduración como efecto psicológico, es decir, un joven o una joven cuyo crecimiento repentino no se ha producido de acuerdo con la "norma" luce como un niño/a junto a sus compañeras/os.

Desarrollo cognoscitivo en la adolescencia.

Los adolescentes no sólo parecen diferentes a los niños de preescolar o edad escolar, son diferentes y piensan de manera diferente.

La fase de la adolescencia es una etapa del ciclo vital en que los sujetos se encuentran en un proceso de transición entre la niñez y la fase adulta, por ende, se cruzan una serie de comportamientos característicos de la niñez, por un lado, y por otros comportamientos del adulto joven, los que son requeridos por el entorno social inmediato, como es la familia y también por el entorno social mediato como lo es el liceo.

Realizando un recorrido por las teorías del desarrollo cognoscitivo, o lo que se ha llamado madurez cognoscitiva, podemos decir, que en esta fase los jóvenes se encuentran en la etapa de las operaciones formales de Piaget y que explica la naturaleza de los cambios en la forma de pensar de los adolescentes. En esta etapa, de acuerdo con Piaget los adolescentes entran al nivel más elevado del desarrollo cognoscitivo lo que ha denominado *operaciones formales* y que está marcado por la capacidad para el pensamiento abstracto.

De acuerdo con Piaget los cambios experimentados por los adolescentes, es decir, los cambios internos y externos se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva. El cerebro ha terminado su proceso de maduración y el ambiente social es más amplio ofreciendo más oportunidades para la exploración y experimentación. Esta interacción entre los dos tipos de cambio es esencial para el desarrollo cognoscitivo de los adolescentes. En esta fase del ciclo vital, no se debe olvidar que una de las características es encontrar fallas en las figuras de autoridad. Por un lado, el padre y la madre o la figura de autoridad en el entorno familiar comienzan a ser

visualizado con sus fortalezas y debilidades, siendo estas últimas las que adquieren preponderancia en la visión adolescente. Esta característica conlleva la ruptura de las fantasías de lo ideal., aparece la tendencia a discutir, al planteamiento de sus puntos de vista, etc., procesos visualizados en la psicología del desarrollo.

Considerando estas características, es fundamental que el maestro tenga presente que se encuentra con un sujeto que comienza a experimentar cambios que le generan conflictos. Que las fallas a las figuras de autoridad inmediatas, como los padres o su tutor se extrapolan a todas las figuras de autoridad. Estas también se encuentran en el entorno del medio educativo, por ende, los profesores son figuras de autoridad que provocan en el estudiante una serie de comportamientos disruptivos, que redundan en la disciplina, como en la relación profesor-estudiante.

Mirada histórica, biogenética y cultural sobre la obesidad.

Es de carácter general la confusión que se establece entre obesidad y sobrepeso al punto que estas se utilizan como sinónimos. Obesidad se refiere a la excesiva cantidad de grasa corporal y exceso de peso, en tanto sobrepeso refiere a un aumento del peso corporal en relación a la talla, en los niños la definición de obesidad no siempre es precisa puesto que estos pueden presentar gran cantidad de masa libre de grasa. Rozowski (1997)

La imagen corporal ha sido un tema a tratar no solo en estos tiempos sino a lo largo de la historia, la cultura de los diferentes pueblos nos ha demostrado que forma parte de la humanidad. Es así como hoy podemos comprender, los largos cuellos de jirafa de determinadas tribus de África, las elongaciones o aplastamientos craneales en culturas precolombinas, las atrofiaciones en los pies de mujeres de extremo Oriente producto del vendado a que se les sometía desde la infancia o las elongaciones de orejas o labios, hacían más bellas a estas personas que ahora nos parecen deformes o monstruosas y que atentan contra su propia naturaleza corporal. Sin embargo, en los últimos tiempos la preocupación por la apariencia, la figura, el cultivo del cuerpo, el aspecto físico a colaborado en tan magnitud que hoy los medios audiovisuales y comunicacionales están en constante producción y muestra de cuerpos perfectos, con

venta de productos que hablan del alcance hacia estos, que han provocado que un gran número de público que consume dicha información adquiera serias repercusiones en su salud, poniendo en peligro la vida, generando fuertes patologías, y generando gastos con altas sumas de dinero, para alcanzar dicha imagen perfecta.

Los cambios provocados a nivel de la imagen corporal, ha dado paso a distintos y diversos cuadros clínicos ya sean del orden físico o mental. Debemos entender que la imagen corporal es un conjunto complejo, el cual esta integrado por creencias, percepciones, pensamientos, pero también de experiencias y sentimientos que el cuerpo produce como efecto de las distintas relaciones que se establecen. Dicho de otro modo, la imagen corporal es multidimensional conformada por factores cognitivos, afectivos, emocionales, conductuales, de satisfacción subjetiva, preceptuales o de actitud hacia el cuerpo. Esta percepción junto con la estimación del tamaño del cuerpo, genera aspectos cognitivos de valoración o desvaloración del propio cuerpo ligándose esto directamente con componentes emocionales incorporando sesgos de satisfacción e insatisfacción los que están relacionados con la autoimagen corporal.

Estos sesgos están directamente relacionados con la construcción de imagen corporal que estable nuestra sociedad, siendo la musculatura y el cuerpo tonificado un estándar altamente aceptado.

El siglo XX ha sido especialmente injusto en especial con la silueta femenina a la que se le han impuesto parámetros altamente estrictos en relación a la imagen corporal, siendo estas castigadas socialmente si habitan un cuerpo dominado por un exceso de tejido adiposo. En esta era de las comunicaciones donde se elevo la figura de Twiggy como referente a seguir adjudicándole a su silueta delgada elementos de sensualidad y belleza.

Fernando Botero, escultor y dibujante colombiano, ha hecho sentir su molestia por los nuevos cánones estéticos impuestos por nuestra sociedad, en cada una de sus obras las cuales están repartidas por todo el mundo, rescatando en su lenguaje artístico la configuración precolombina de imagen corporal donde la obesidad y el exceso de grasa era visto como signos de salud y fertilidad.

Tanto la psiquiatra M. Rodríguez y la psicóloga J. Gempeler (2001) postulan que los pacientes con trastornos alimenticios y por ende con trastornos en la imagen corporal suelen autojuzgarse en la misma forma como son percibidos por los demás, lo que provoca que estos desconfíen de su propia percepción, instalándose dudas del tipo obsesivas que muchas veces las llevan a mutilar su propio cuerpo en busca de la perfección al punto de llegar a una especie de fagocitosis lo que conlleva trastornos psicológicos, emocionales y físicos.

Gardner (1996) afirma que la imagen corporal incluye dos componentes:

1. Uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia.
2. Otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Dicho de otro modo, el trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos, lo que trasunta en una sobre valoración de algún defecto imaginario o sobrestimado de la apariencia física, lo que va en desmedro de la propia apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello los jóvenes con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales.

Debemos de considerar que el adolescente esta en plena construcción de su identidad, por lo general esta etapa esta marcada por la incertidumbre y la ansiedad lo cual incide directamente en la forma de percibir y sopesar los distintos estímulos del entorno, sean estos nutritivos o tóxicos para su desarrollo, cualquier alteración en este proceso tendrá implicaciones psicológicas, por lo general este se encuentra confundido ya que esta dejando su etapa de niño para dirigirse a un mundo adulto, en este tránsito el adolescente se abraza a su mundo idealista y perfeccionista generándose los primeros conflictos relacionales con su padres o figuras de autoridad , es en esta etapa donde se conforma la idea de un cuerpo perfecto influenciado por factores endógenos y exógenos, perfección que por lo demás influye fuertemente al adolescente ya que el todo lo puede.

Es en esta etapa en donde se da inicio a los primeros trastornos alimenticios, entendiendo a estos como alteraciones o anomalías en la conducta e ingesta de

alimentos que tiene su fundamento en el entorno social de cada sujeto pudiendo incidir factores tales como; trastorno de la personalidad y/o trastornos emocionales los cuales pueden estar influenciados por distintos factores tales como:

Factores Psicológicos: Los adolescentes que sufren algún trastorno alimenticio por lo general tienen expectativas muy bajas de ellos mismo y de las demás personas, esto marcada por una baja autoestima y un bajo autoconcepto, todo logro alcanzado por estos es imperceptible ya que su autovalidación es escasa o nula lo que se ve influenciado por una falta de aprecio de su propia imagen corporal, una de las características es que estos se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.

Factores Familiares: Como denominador común están las familias sobreprotectoras, poco contenedoras, ineficaces e inflexibles, en donde la oralidad (CAT-A) no es satisfecha y la ansiedad se vuelca en la comida como mecanismo de compensación y control.

Factores Sociales: Al igual, como se expuso con anterioridad estamos habitando una sociedad de logros y elitismo en donde el culto al cuerpo ha tenido una valoración desmedida. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso, debemos de considerar que el autoconcepto es un componente fundamental en la conformación de la personalidad de cualquier sujeto a su vez es un indicador preponderante del bienestar psicológico.

La construcción de un cuerpo perfecto a estado altamente influenciada por los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas) lo que a generado diversos trastornos alimenticios mencionados tanto en el DSM = V o CIE =10 los cuales mencionan entre ellos a la Bulimia, anorexia nerviosa y los trastornos no especificados para cada caso diagnosticado se debe cumplir con un mínimo de criterios o descriptores. Estos tres factores son catalogados como psicósomáticas (enfermedades físicas originadas por conflictos emocionales subconscientes o de tipo psicológico). Las que comparten síntomas primarios: como preocupación excesiva por el peso y deseo de adelgazar.

Componentes biológicos y genéticos de la obesidad.

Bouchard (1996) ha demostrado que el 25-35% de los niños que presentan obesidad en cualquiera de sus rangos se debe a un factor hereditario siendo el mayor índice en padres obesos, la incidencia es 4 veces mayor si un niño presenta un padre obeso y 8 veces si ambos lo son, así también la distribución del tejido adiposo o grasa corresponde a factores hereditarios ya sea de tipo Androide o en forma de manzana en los hombres, o ginoide o en forma de pera en la mujeres, es por esto que los problemas de sobrepeso se pueden deber a los patrones genéticos o a los seguimientos de las distintas conductas alimenticias de los padres.

Otras investigaciones apuntan a que uno de los factores que inciden en la obesidad infantil es una percepción materna desvirtuada del estado nutricional de los hijos. Díaz (2000)

Bouchard (1996) Entre las causas de la obesidad en primer plano podríamos situar la genética, ya que se ha demostrado que existen diversos genes que predisponen a los sujetos a ser obesos, si a esto le sumamos que estas personas metabolizan de manera más lenta, lo cual quiere decir que la quema de calorías a nivel celular es menor., estas personas, tendrán una predisposición estructural en su organismo que los hará subir de peso. En relación a esta hipótesis, los estudios realizados con gemelos han demostrado que estos al ser separados y reubicados en familias disímiles, la obesidad aparece de forma hereditaria, en estos casos la predisposición genética se superpone a las variables del ambiente.

Definición de Obesidad según la FAO.

La FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación, postula el siguiente criterio para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad; se cataloga como sobrepeso sobre el 10% del valor esperado según sexo, talla y edad, y sobre un 20% del valor esperado según talla, sexo y edad se cataloga como obesidad.

El criterio más exacto para el diagnóstico de la obesidad es la determinación del porcentaje de grasa que contiene el organismo, para tal ejercicio existen diversas técnicas de medición tales como la Antropométrica, la Pletismografía por desplazamiento de aire, la Absorciometría dual de rayos X entre otras, no obstante, el indicador más utilizado y es el IMC, Indicador de Masa Corporal.

Según el informe de Panesso K. y Arango MJ (2017), la autoestima se desarrolla en función de varios factores que influyen en ella:

- Vinculación: el humano como ser social, tiene la necesidad de relacionarse con otros y sentirse parte de algo, bien sea en el entorno familiar, social, educativo o laboral.
- Singularidad: se refiere al sentirse particular y especial, independiente de las características que comparta con otras personas cercanas (bien sean hermanos, amigos o sólo conocidos).
- Poder: este factor involucra las creencias que tiene la persona sobre su potencial, la convicción de que puede lograr con éxito lo que se propone. También se relaciona con el control que ejerce sobre sí mismo en diferentes situaciones.
- Pautas/modelos a seguir: en este factor priman las figuras de apego que haya establecido la persona en su infancia, debido a los patrones éticos, los valores, los hábitos y las creencias que de ellos son transmitidos.

MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque y diseño de la investigación.

Se desarrolló un estudio de campo con metodología cuantitativa, que permitió utilizar el instrumento seleccionado y cuantificar los niveles de autoestima y, luego por medio del método deductivo, realizar las correlaciones que permitan analizar las variables de autoestima y peso.

Campo y muestra de la investigación.

Los individuos de la muestra han sido seleccionados por presentar las condiciones necesarias para este estudio de tipo correlacional o (ex post facto). Puesto que este modelo descriptivo e investigativo permite evaluar la relación existente entre ambas variables. Permitiendo medir obesidad en una primera instancia, para luego ser cotejada con las 6 subescalas que constituyen el test de Piers-Harris el cual mide el grado de autoconcepto de cada adolescente evaluado, permitiéndonos inferir y medir relaciones causales entre los datos recogidos.

Por tanto, se intentará medir de acuerdo a los puntajes obtenidos por medio de la aplicación de test P-H 2 (a), el nivel de autoestima y su relación con la obesidad.

La prueba se aplicó colectivamente a muestras poblacionalmente equivalentes, jóvenes de 3º y 4º del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina.

La muestra es no probabilística, equivalente al 18,96% de un universo de 480 estudiantes de 3º y 4º del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina. Es importante consignar que en este periodo el adolescente se acerca fuertemente a la etapa de adultez, periodo que está marcado por la incertidumbre y por la búsqueda de un sentido de vida, así como también por la retribución positiva o negativa por parte del grupo de pares y/o figuras significativamente vinculares en términos afectivos, lo que trasunta en una construcción de la autoestima entendiendo a esta como una constante retroalimentación de nuestra propia proyección en términos valóricos, éticos y actitudinales.

Instrumentos y/o Procedimientos de recolección de datos.

Para la obtención de datos se utilizará una balanza (kg) y una huincha de medir (cm) posterior a la recogida de estos se les aplicará la ecuación de IMC (Índice de Masa Corporal) con el fin de terminar en que rango se encuentra cada adolescente.
$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$$

Por medio de esta ecuación se podrá clasificar a los jóvenes en distintos rangos dependiendo del porcentaje de tejido adiposo que este muestre posterior a la aplicación del instrumento de medición, para efectos de estudios se trabajará con los jóvenes que se encuentren en los rangos de Peso Normal (IMC: 18.5-24.9) y Obesidad grado I (IMC: 30-34.9).

Descripción del instrumento (Prueba de Piers-Harris)

Para evaluar autoconcepto, se utilizará la Escala de Evaluación de Autoconcepto para adolescente de Piers-Harris (Piers, E. 2007) adaptada y estandarizada para Chile por M. E. Gorostegui en 2010.

La Escala P-H (a) consta de 60 ítems y puede ser administrada tanto en forma individual como en grupos. Los ítems deben ser respondidos mediante SÍ o NO. Consta de 3 hojas y contiene el cuestionario, la hoja de identificación, de instrucciones y los espacios para uso interno.

Las 6 subescalas se puntúan también en la dirección del autoconcepto positivo, de manera que un puntaje alto en una subescala indica una autovaloración alta dentro de la dimensión evaluada.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Es interesante destacar que de acuerdo a la contextura de los niños obesos se consideran fuertes, reconocen que a los otros niños les gustan sus ideas, por otra parte, los niños de contextura delgada presentan una alta puntuación en los ítems relacionados con la aceptación de la apariencia física.

También es un hecho interesante el que los niños de contextura delgada presenten un mayor número de aprobaciones en relación a que les gustaría ser deferentes, se portan bien en la casa, los niños delgados se ponen nerviosas en las pruebas en mayor proporción que los niños obesos.

El análisis de los resultados muestra que aquellos ítems que obtuvieron una diferencia positiva estadísticamente significativamente en su mayoría fueron niños de contextura delgada, destacándose la autopercepción de fortaleza física en niños obesos, en tanto los niños de contextura delgada valoran la apariencia física entregándole una alta puntuación al ítem (No. 7: Me gusta cómo me veo). No obstante, interesa destacar que de acuerdo al estereotipo los niños obesos en comparación con los delgados, “hacen tonteras”, “están más atentos en clases”, y “sus ideas son bien recibidas por sus compañeros” además consideran que los otros niños son mejores que ellos.

También es un hecho interesante que los niños delgados sientan “miedo” en mayor proporción que las que los obesos, así como también los niños delgados se encuentran más feos que sus pares obesos.

Con el fin de hacer más clara la presentación de las conclusiones, éstas se presentan en el mismo orden del análisis de resultados, es decir, partiendo por las conclusiones generales y luego, por subescalas de acuerdo a las variables utilizadas.

	3º MEDIO		4º MEDIO		TOTAL
	<i>Obesos</i>	<i>Delgados</i>	<i>Obesos</i>	<i>Delgados</i>	
HOMBRES	18	23	28	22	91

Tabla 1. *Estratificación de la muestra de acuerdo a la variable Contextura física.*

Análisis Estadístico por Subescalas.

Subescala Conducta

Los 15 ítems de esta subescala reflejan el grado en que el adolescente admite o niega conductas problemáticas. Los ítems comprenden rangos de conductas específicas y también declaraciones más generales referidas a situaciones problemáticas del colegio o la casa. Las respuestas del adolescente proporcionan claves importantes sobre cómo evalúa el adolescente su problema, los lugares donde se producen, si el adolescente asume o no su responsabilidad en los problemas, o si proyecta la responsabilidad sobre los otros.

Un puntaje bajo, o moderadamente bajo en la subescala de Conducta, sugiere un reconocimiento por parte del adolescente, de que ésta es un área problemática para él. Los puntajes altos, son más difíciles de interpretar, ya que pueden reflejar tanto ausencia real de problemas, como un deliberado intento por negarlos.

	DELGADOS		OBESOS	
PUNTAJE MÁXIMO	<i>Promedio</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>N</i>
15	11,38	45	11,10	46

Tabla 2. Comparación de obesos y delgados para subescala 1 Conducta.

La Tabla 2 no refleja diferencias significativas entre individuos delgados y obesos. Puesto que los promedios no muestran una diferencia en sus puntajes.

Subescala Estatus Escolar e intelectual.

Esta subescala de 15 ítems refleja la autovaloración infantil respecto de su desempeño en las tareas escolares, incluyendo un sentimiento general hacia el colegio.

Un bajo puntaje en esta subescala sugiere dificultades específicas en las tareas y actividades escolares relacionadas.

En adolescente con una historia de buen rendimiento escolar, este patrón de respuestas puede indicar expectativas desmesuradas sobre ellos mismos, o sus padres, y coincide con un sentimiento de que ellos siempre podrían hacerlo mejor.

En adolescente con historia de bajo rendimiento académico, o de dificultades específicas en el aprendizaje o conducta, la autoevaluación negativa, indica una internalización de patrones de baja autoestima o una pobre valoración del propio esfuerzo o capacidad para tener éxito académico.

PUNTAJE MÁXIMO	DELGADOS		OBESOS	
	<i>Promedio</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>N</i>
15	10,41	45	10,15	46

Tabla 3. Comparación de obesos y delgados para subescala 2 Estatus escolar e intelectual.

En la tabla 3, los puntajes no muestran diferencias significativas entre individuos delgados y obesos.

Subescala Apariencia y Atributos Físicos.

Esta subescala, es más sensible que otras a diferencias de la variable sexo. Un puntaje bajo en esta escala puede significar a) que el adolescente tenga muy baja autoestima en relación a su imagen corporal y atributos relacionados y b) que el adolescente adhiera o no los roles estereotípicos sexuales tradicionales.

PUNTAJE MÁXIMO	DELGADOS		OBESOS	
	<i>Promedio</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>N</i>
12	9,29	45	8,55	46

Tabla 4. Comparación de obesos y delgados para subescala 3 Apariencia y Atributos físicos.

La tabla 4 muestra diferencias estadísticamente significativas entre individuos delgados y obesos. La autovaloración del grupo delgados es mayor a la de los obesos en esta subescala.

Subescala Ansiedad.

Esta subescala compuesta de 13 ítems refleja un humor disfórico o alterado. Los ítems individuales comprenden una variedad de emociones específicas que incluyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo y en general, sentimientos de no ser tomado en cuenta. Más que otras, esta escala contiene ítems que pueden sugerir la necesidad de evaluación o terapia psicológica posterior.

Si un adolescente puntúa bajo en esta subescala, hay que examinar cuáles fueron sus respuestas en particular para determinar la naturaleza de los problemas y para decidir si debe o no recibir ayuda especializada.

La prueba puntúa en dirección a la autoestima positiva, por lo tanto, un puntaje bajo en la subescala ansiedad, no significa que sus niveles de ansiedad sean bajos, sino que la percepción que el adolescente tiene de sí mismo en los puntos evaluados en este factor es baja. Es decir, si el adolescente acepta que tiene miedo, que está nervioso, que no es tomado en cuenta, no obtiene puntos en esos ítems.

	DELGADOS		OBESOS	
PUNTAJE MÁXIMO	<i>Promedio</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>N</i>
13	9,20	45	8,49	46

Tabla 5. *Comparación de obesos y delgados para subescala 4 Ansiedad.*

La tabla 5 muestra diferencias estadísticamente estadísticas significativamente entre individuos delgados y obesos. Puesto que los promedios muestran una diferencia en sus puntajes, a favor de los individuos delgados, la cual se valida con la prueba T.

Subescala Popularidad.

Los 11 ítems de esta subescala reflejan la forma en que el adolescente evalúa su popularidad entre los compañeros de curso, si se siente o no capaz de hacer amigos, si es o no elegido para participar en juegos, si es aceptado o no por su grupo de pares. Bajo puntajes en esta escala, pueden indicar retraimiento social, timidez, falta de habilidades y destrezas sociales, o rasgos de personalidad que facilitan el que el adolescente sea aislado o rechazado por sus pares.

PUNTAJE MÁXIMO	DELGADOS		OBESOS	
	<i>Promedio</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>N</i>
12	8,10	45	7,37	46

Tabla 6. *Comparación de obesos y delgados para subescala 5 Popularidad.*

La tabla 6 muestra diferencias estadísticamente significativas entre individuos delgados y obesos. Los individuos delgados en esta subescala presentan un mayor promedio de puntaje en la escala de popularidad.

Subescala Felicidad y Satisfacción.

Esta subescala de 11 ítems refleja un sentimiento general de ser feliz y estar satisfecho de vivir. Bajos puntajes se asocian a infelicidad, autovaloración negativa general y un fuerte anhelo de ser diferente. A pesar de que no todos los problemas requieren intervención especializada, los adolescentes que puntúan bajo en esta escala, pueden estar pidiendo ayuda y por lo tanto se beneficiarían de ser evaluados por el especialista.

PUNTAJE MÁXIMO	DELGADOS		OBESOS	
	<i>Promedio</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>N</i>
11	8,73	45	8,02	46

Tabla 7. *Comparación de obesos y delgados para subescala 6, Felicidad y Satisfacción.*

La tabla 7 evidencia diferencias estadísticamente significativas a favor de los individuos delgados en la subescala de felicidad y satisfacción.

Ítems no agrupados en Subescalas.

PUNTAJE MÁXIMO	DELGADOS		OBESOS	
	<i>Promedio</i>	<i>N</i>	<i>Promedio</i>	<i>N</i>
13	10,36	45	10,12	46

Tabla 8. *Comparación de obesos y delgados para subescala 7 Felicidad y Satisfacción.*

La tabla 8 no muestra diferencias entre individuos delgados y obesos, ya que, la diferencia de los promedios es baja, pero existe una mayor puntuación en el caso de los individuos de contextura física delgada, para los ítems no agrupados en las subescalas.

Escala total

El análisis de los resultados obtenidos permite afirmar lo siguiente:

La autovaloración de los niños de contextura delgada supera a la de los niños obesos (aunque no significativamente). En relación a la comparación de la distribución por intervalos de puntajes (de 10 puntos) para delgados y obesos, se observa que el puntaje es mayor para los delgados en el intervalo de (61 a 70), la mayor cantidad de niños se ubica en los puntajes medios.

Es importante destacar que para la variable curso, entre mayor sea este, la diferencia en los puntajes obtenidos a favor de la autovaloración en niños obesos disminuye.

Por subescalas:

a) Subescala Conducta

A pesar de no existir diferencias significativas en los puntajes, se puede apreciar una leve pero mayor puntuación en niños delgados, estos perciben su comportamiento social, como superior en ajuste y adecuación a las normas, especialmente escolares.

b) Subescala Estatus Escolar e intelectual.

No se observan diferencias significativas entre niños obesos y delgados. Hay una ligera tendencia hacia mejor autoconcepto en los niños obesos, que no alcanza a ser significativa.

En relación a la variable sexo, las diferencias aparecen a favor de los hombres no alcanzado estas ser significativas.

c) Subescala Apariencia y Atributos Físicos.

Los niños delgados muestran diferencias estadísticamente significativas en relación al puntaje obtenido por los niños obesos, siendo los primeros poseedores de una mejor autoimagen, mientras la forma en que los niños obesos se autoperciben en relación a su Apariencia y Atributos Físicos, se torna más negativa.

Se observa que mayoritariamente los niños delgados sienten que caen bien y son aceptadas por sus pares.

d) Subescala Ansiedad.

Los niños delgados muestran diferencias estadísticamente significativas en relación al puntaje obtenido por los niños obesos, siendo los primeros poseedores de un mejor control frente a cuadros ansiosos.

e) Subescala Popularidad.

Los niveles de autopercepción de popularidad (sentimiento de ser conocido y querido por pares y adultos significativos) muestran diferencias estadísticamente significativas a favor de los niños delgados.

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas atribuibles a la variable sexo para la escala de popularidad.

f) Subescala Felicidad y Satisfacción.

Los niños delgados muestran diferencias estadísticamente significativas en relación al puntaje obtenido por los niños obesos, siendo los primeros poseedores de un sentimiento positivo frente la vida asociada a la felicidad.

Los estudiantes de contextura delgada superan en felicidad y satisfacción a su contraparte, se observan aumentos, aunque no significativos respecto de la vivencia de felicidad y satisfacción en los estudiantes de contextura delgada. Este resultado es interesante de relacionar con la disminución de los niveles de ansiedad. Estos niveles, aunque no significativos estadísticamente, marcan una tendencia a mejorar la calidad de vida y autopercepción frente a esta, especialmente si se considera el aumento en el sentimiento de sentirse más felices y satisfechas.

MARCO CONCLUSIVO

Discusión y conclusiones.

Aunque se trata de una muestra pequeña, parece existir una alteración de la autoestima en los adolescentes con sobrepeso y obesidad de 3º y 4º medio del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina. Todos los adolescentes con sobrepeso y obesidad se identificaban con la figura más delgada y la mayoría manifestaban que les gustaría ser más delgados. Por otro lado, los sentimientos de culpa se presentan en adolescentes obesos, pero no en los que tienen sobrepeso.

Si se considera que el autoconcepto va cambiando en función al desarrollo en las distintas etapas de la vida, se precisarían entonces instrumentos que den cuenta de cómo este se organiza y construye en cada etapa.

Se necesitaría algún tipo de escala que mida la base de un modelo teórico desarrollista de autoconcepto, que garantizara la revisión de como este se organiza y reorganiza en las distintas etapas de la vida. Al menos, debería contarse con escalas específicas para cada etapa, dichas escalas deberían contener interpretaciones de puntaje que consideren las posibles diferencias del desarrollo de niños, adolescentes y adultos. Especialmente para los niños en etapa escolar, estas escalas deberían privilegiar aspectos y características físicas; y, para adolescentes, deberían tener una aproximación más subjetiva al problema.

La Escala de P-H (a) se dirige sólo a evaluar sólo una parte de la etapa evolutiva denominada clásicamente como la etapa del escolar, previa comprobación de que no hay cambios debidos al desarrollo durante ese período. Sería del mayor interés evaluar los mismos aspectos referidos a la contextura (IMC).

Los resultados de este estudio pueden ayudar a determinar en qué medida la contextura física y en especial el IMC puede afectar directamente los niveles de autoestima de niños y niñas obesos.

Estos resultados pueden contribuir a orientar, reorientar o rediseñar programas de estimulación o afirmación de la autoestima en niños obesos en la medida que proporcionan un marco de referencia de cómo estos se perciben en el contexto escolar en la interacción que establecen con sus pares.

Los resultados muestran que, en las subescalas de Apariencia y Atributos Físicos, Ansiedad, Popularidad, Felicidad y Satisfacción, las diferencias son estadísticamente significativas a favor de los niños de contextura delgada. En tanto la diferencia entre adolescentes obesos y no obesos no se aprecia significativamente en la subescala de conducta.

En tanto la obesidad escolar es uno de los actuales factores claves que repercuten directamente sobre el nivel de autoestima de los/as estudiantes /as, no solo incide en la imagen negativa que perciben de sí mismos o en las sensaciones de inferioridad y rechazo, sino que además suelen aparecer alteraciones del comportamiento y escaso rendimiento académico.

Por otro lado, Goldberg (2002) menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad, considerada de las más importantes, es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un problema de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando precisamente la comida para aliviarla, entrando así en un círculo vicioso muy peligroso.

Para concluir se sugiere, que, en futuras intervenciones a nivel escolar que apunten al mejoramiento de los niveles de autoestima, se consideren los distintos factores que inciden en esta, desde una mirada biopsicosocial, propiciando una comprensión más abarcadora y multicausal.

Este trabajo pretende dar una luz para futuras intervenciones e investigaciones dentro de PMI, servir de punto de partida para que estas apunten a la mejora de la autoestima en nuestros estudiantes. Como se ha tratado de establecer en el presente trabajo, esto será posible desde el entendimiento de la autoestima como un factor fundamental no solo en el desarrollo psicosocial de los estudiantes, sino más bien como pilar fundamental en la apropiación de nuevos aprendizajes.

Dificultades en la realización del estudio.

Respecto al desarrollo del presente estudio cuantitativo en estudiantes de 3º y 4º medio del Liceo Peldehue dependiente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Colina podemos afirmar que se desplegó con bastante normalidad, facilitado por los funcionarios del Liceo pues ya contaban con los datos antropométricos necesarios para el estudio. Otro punto a destacar fue la buena disposición de los profesores y los estudiantes, no obstante, el factor tiempo fue el más difícil de manejar, dada la carga laboral de los primeros, lo cual dificultó sobremanera el desarrollo de esta investigación.

Propuestas de mejora y Futuras Líneas de Investigación

Como punto de inicio se recomienda la sociabilización del presente estudio con toda la comunidad educativa, independientemente que el estudio no sea concluyente en que existe una relación directa entre la obesidad, la autoestima y el rendimiento escolar, sí debemos considerar que la balanza se inclina en algunas escalas a favor de los estudiantes no obesos. Independiente de lo antes expuesto, debemos entender que, en una sociedad como la nuestra, que es cada vez mas sedentaria y en donde el amor muchas veces se compra en cuota, la actividad física y recreativa aparece como un punto de encuentro para la familia y la escuela.

Respecto a futuras líneas de acción, se sugiere establecer estudios similares en todos los colegios pertenecientes a la Corporación Educacional de Colina, con la finalidad de tener una mirada holística del desarrollo antropométrico, psicosocial y cognitivo de sus estudiantes, lo cual permitirá establecer líneas de acción e intervención conducentes a velar por el bienestar sistémico del estudiante, pudiéndose a la base de los resultados obtenidos, gestionar mayores recursos a las áreas encargadas del deporte y actividades físicas a nivel comunal, teniendo como consecuencia directa una población escolar más sana e higiénica, repercutiendo directamente en los niveles de consumos nocivos asociados a los tiempos de ocios, y por consecuencia se debiese ver una disminución en las consultas médicas derivadas

por el sobrepeso y el sedentarismo, dicho de otra forma el efecto dominó producido por este estudio pudiese tener un impacto positivo en términos cualitativo y cualitativo.

Las distintas referencias muestran que actualmente el 80% de los establecimientos educacionales considera Educación Física como horas de libre disposición, por tal motivo se considera como recomendación al Consejo Nacional de Educación (CNED) y Mineduc (Ministerio de Educación) que los colegios sigan incorporando esas horas como obligatorias para los estudiantes. Pues claramente hoy es meramente una declaración de buenas intenciones, puesto que en la realidad los colegios TP (Técnico Profesional) solo tienen 2 horas semanales de Educación Física. Es por esto que, en base a los resultados expuestos, se sugiere incluir en el PMI líneas de acción explícitamente conducentes a la mejora de Calidad de Vida respecto al ámbito de la salud física y psicológica.

La interacción entre el estudiante y el educador no sólo se realiza a través de la información, sino también a través de un conjunto de acciones, que, aunque de naturaleza informal (currículum oculto), resultan decisivas como modelos positivos o negativos para el estudiante.

A continuación, y una vez analizados los datos obtenidos y la relación existente entre el problema de la obesidad y/o el sobrepeso *versus* autoestima escolar en cada una de sus escalas a la base del test de Piers-Harris (a) se recomienda una serie de acciones basadas en el refuerzo positivo, toma de conciencia y actividad física.

Trabajar sobre el vínculo Profesor / Estudiante:

El profesor de Educación Física debe transformarse en un líder activo y situacional al interior de la unidad educativa, capaz de promover la actividad física y la vida sana, a la base de la educación física, entendiendo a esta como la educación del cuerpo a través del movimiento. En esta línea, algunas actividades a generar pueden incluir recreos entretenidos en base a actividades aeróbicas, deportes colectivos y por sobre todo un discurso transversal que propicie el conocimiento y cuidado del propio cuerpo.

Todas las investigaciones apuntan a la importancia de la actividad física y la generación de endorfina, y como esta genera estados de placer y bienestar en quienes practican la actividad física, ya sea esporádica o diariamente, lo que los lleva a bajar los niveles de ansiedad y de estrés, transmutándolos en una mejora de la calidad de la concentración de los educandos involucrados.

Debemos tener claridad que, así como la escuela es un sistema abierto, inevitablemente debemos incorporar en este desafío a toda la comunidad educativa, claramente a la familia en primer y segundo orden, ya sea en los mismos talleres deportivos, reuniones de apoderados, charlas educativas, campañas de alimentación sana y por sobre todo encuentros entre estudiantes, padres y apoderados, bajo la tutela del profesorado en su totalidad.

Otro punto relevante, consiste en establecer una alianza estratégica, con el Municipio y su Departamento de Deporte y Cultura, con el propósito de intervenir los recreos de forma activa, así como postular a fondos gubernamentales asociados al Ministerio de Educación y del Deporte para la adquisición de materiales deportivos.

Por último, pero no menos importante, se debiese revisar los productos que vende el quiosco del establecimiento, con la finalidad de incentivar la inclusión de aquellos que estén en sintonía con la propuesta e ir generando una cultura holística en torno a la educación alimentaria y calidad de vida.

REFERENCIAS

- Aberasturi, A. y Knobel, M. (2001). *La adolescencia normal. Un enfoque Psicoanalítico*. México: Piados Ecuador.
- Álvarez Cordero, R. (2004). *Obesidad y Autoestima*. México. Editorial Plaza Valdez.
- Álvarez Cordero, R. (2006). *¡Me Caes Gordo!* México, Editorial Plaza Valdez.
- Álvarez Cordero, R. (2006). *Obesidad y Autoestima*, editorial Plaza y Valdés.
- Alvarado, AM., Guzmán, E., González, MT. (2005). *Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad*. Enseñanza e investigación en psicología [Internet] [fecha de acceso: 20 de abril de 2021];10(2):417-428
Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
- Antunes Nenes, MA. (1998). *Aspectos históricos de la Anorexia Nerviosa e da Bulimia Nervosa*. Trastornos alimentares e Obesidad Artmed Porto Alegre;13-20
- Bascuñan, M.L., Dörr, A., Gorostegui, M.E. (2008). *Psicología General Evolutiva*. Santiago de Chile: Mediterránea.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*, Buenos Aires Argentina. Cuarta Edición, Paidós.
- Craig, G.C., Woolfolk, A.E. (1995). *Psicología y desarrollo educativo*. Segunda edición en español (1998). Prentice Hall Hispanoamérica S.A.
- Dörr, A. (2005). *Estudio comparativo de autoconcepto en niños de diferente nivel socioeconómico*, Universidad de Chile, tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infante Juvenil.
- Erikson, E. (1981). *Identidad, juventud, crisis*. Taurus: Madrid.
- Freud, A. (1982). *Los mecanismos de defensa del yo*. 3º ed. Barcelona: Paidós.

- Fromm, E. (1959). *El arte de amar*. Paidós, tercera edición (2003).
- Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Ediciones B Argentina S:A (2002).
- Goldberg, A. (2002). *Secuelas de la obesidad en la salud*. *Obesidad.net*.
www.obesidad.net/spanish2002/secuela3.shtml
- Gorostegui, M.E. (2004). *Género y Autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de E.G.B. 1992 y 2003*, Universidad Católica de Chile, Tesis para optar al grado de magíster en Psicología Infanto-juvenil.
- Gorostegui, M.E. (1992). *Adaptación y construcción de normas para Chile de la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*. Memoria para optar al título de Psicólogo Santiago, Universidad Católica de Chile.
- Gorostegui, M.E., Dörr, A. (2004). *La escala de evaluación del autoconcepto para niños de Piers-Harris: Actualización de normas*: revista Castalia, año 6, 7, pág. 1-99.
- Guiddens, A., (2000). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid; Santillana.
- Hernández, Fernández y Sampieri (1985). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México, Mc Graw Hill.
- Hernández Rodríguez, M. (2001). *Alimentación infantil*. Madrid: Díaz de Santos.
- Hernández R., Fernández C., Baptista P. (1991) *Metodología de la Investigación* Segunda Edición, McGraw-Hill México.
- Heywars, V.H. (1991). *Evaluación y prescripción del ejercicio*, Editorial Paidotribo Colecciones Fitness.
- Inhelder, B., Piaget, J. (1972). *El crecimiento del pensamiento lógico desde la infancia hasta la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós

- Kain, J., Uauy, R., Lera, I., Taibo, M., Espejo, F., Alba, C. (2005). *Evolución del estato nutricional de escolares chilenos de 6 años (1987 – 2003)*. Revista Médica Chilena; 133: 1013 – 1020
- Kruskopf, D. (2000). *El desarrollo psicológico del adolescente*. En: Montenegro, H. y Guajardo, H (2000) *Psiquiatría del niño y del adolescente*. 2º Ed. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Mussen, P.H. (1980). *Desarrollo de la personalidad del niño*. México: Trillas
- Olweus, D. (1973b). *Personality and aggression*. En J.K. Cole, y D.D. Jensen (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation 1972*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Papalia, D.E., Wendkos Olds, S. (1987). *Psicología*, Mcgraw Hill.
- Riach, R.M., Torras, J., Figueras, M. (1996). *Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios*. *Análisis y Modificación de Conducta*, nº 85, pp. 604-624.
- Rogers, C (1985). *Terapia personalidad y relaciones personales*. Ediciones nuevas visión, Buenos Aires.
- Saffie, N, (2000). *¿Valgo o no valgo?, autoestima y rendimiento escolar*. Lom ediciones, primera edición, junio 2000.
- Springer, E.(1961). *Psicología de la Edad Juvenil*. Madrid: editorial Manuales de la Revista de Occidente.
- Winnicott, D.W. (1995). *La Familia y el desarrollo del Individuo*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.

ANEXO

Manual de Aplicación y Normas para la Escala de Evaluación de Autoconcepto de Piers-Harris 2 (adaptada)

LA PRUEBA.

Uso de la Escala

Considerando que su formato es de autoreporte la Escala P-H (a), no es útil en niños no motivados para cooperar, o incapaces de responder un cuestionario. No está indicada para niños pequeños no dispuestos a cooperar, con problemas en la comunicación, proclives a distorsionar su pensamiento, o tan desorganizados en sus aspectos cognitivos que sus respuestas no reflejen con precisión sus sentimientos. El hecho de recomendar su aplicación a partir del 3er año básico (8 años, más o menos) se debe a que se espera que en ese nivel el niño pueda leer en forma independiente, y que su autoconcepto haya alcanzado cierto grado de estabilidad.

Las personas que utilicen la Escala deben conocer las limitaciones de las interpretaciones de los tests. Independientemente de las facilidades de administración y puntuación del instrumento, la interpretación final sólo puede ser hecha por un profesional entrenado en evaluación psicológica. Este profesional debe estar familiarizado con el marco teórico, condiciones de la estandarización, limitaciones específicas, etc. Los juicios clínicos deben complementarse con otros tests, información obtenida de entrevistas, historia del niño, observaciones en la sala de clase, informes de los profesores, entrevista a los padres, etc.

La prueba es un instrumento útil y rápido, toda vez que sea necesario un autoreporte de la autovaloración infantil. Sin embargo, no reemplaza a un juicio clínico experto para evaluar individualmente al niño. Esta prueba, es una medida de autoreporte, y, por lo tanto, susceptible de distorsiones conscientes o inconscientes. Por este motivo, y por otras limitaciones específicas del instrumento, no sería recomendable como medida de autoconcepto si esa medida debe ser usada para decidir intervenciones importantes con el niño. Es útil como instrumento para fines de

investigación y estudio, considerando que proporciona una medida cuantitativa fácilmente interpretable de la autovaloración infantil.

Subescalas de la prueba

Las 6 subescalas, están conformadas por los siguientes ítems:

Subescala	I:	Conducta: 15 ítems
Nº		Ítem
10	(II)	Me porto bien en el colegio
11		Me echan la culpa cuando algo se echa a perder
17	(II)	Puedo hacer bien mis tareas
18		Hago muchas tonteras
21		Me porto bien en la casa
29		Generalmente me meto en problemas
31		En mi casa soy obediente
34		Soy peleador con mis hermanos o primos
39		Lo paso bien en el colegio
42		Soy pesado con la gente
49		Casi siempre ando con flojera
52		Mi familia está desilusionada de mí
55		Me molestan en la casa
68		A veces pienso en hacer maldades que después no hago
70	(VI)	Soy buena persona

El número romano entre paréntesis, indica la otra (s) subescala en que también aparece el ítem.

Los 15 ítems de esta subescala reflejan el grado en que el niño admite o niega conductas problemáticas. Los ítems comprenden rangos de conductas específicas tales como "Puedo hacer bien mis tareas", o declaraciones más generales referidas a situaciones problemáticas del colegio o la casa: "Generalmente me meto en problemas". Las respuestas del niño proporcionan claves importantes sobre cómo evalúa el niño su problema, los lugares donde se producen, si el niño asume o no su responsabilidad en los problemas, o si proyecta la responsabilidad sobre los otros: "Hago muchas tonteras", o "Me molestan en la casa".

Un puntaje bajo, o moderadamente bajo en la subescala de Conducta, sugiere un reconocimiento por parte del niño, de que ésta es un área problemática para él. Los

puntajes altos, son más difíciles de interpretar, ya que pueden reflejar tanto ausencia real de problemas, como un deliberado intento por negarlos.

Subescala II:		Estatus Intelectual y Escolar: 15 ítems
N.º		Ítem
5	(III)	Soy inteligente
10	(I)	Me porto bien en el colegio
13		Casi siempre mis padres piden mi opinión
17	(I)	Puedo hacer bien mis tareas
22		Siempre termino mis tareas
23	(V)	Soy conocido y querido por mis compañeros de curso
25		Puedo hablar bien delante del curso
26		Siempre estoy atento en clase
28	(III)	A mis amigos les gustan mis ideas
43	(III)	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas
47		Soy tonto para muchas cosas
58		Se me olvida lo que aprendo
60	(III)	Le gusto a las demás personas
67	(III)	Los otros niños son mejores que yo
63	(III) (VI)	Tengo buena pinta

Esta subescala de 15 ítems agrupados refleja la autovaloración infantil respecto de su desempeño en las tareas escolares, incluyendo un sentimiento general hacia el colegio. Puede ser de utilidad para identificar dificultades en el proceso del aprendizaje y para sugerir planes remediales a futuro. Un bajo puntaje en esta subescala sugiere dificultades específicas en las tareas y actividades escolares relacionadas.

En niños con una historia de buen rendimiento escolar, este patrón de respuestas puede indicar expectativas desmesuradas sobre ellos mismos, o sus padres, y coincide con un sentimiento de que ellos siempre podrían hacerlo mejor. En niños con historia de bajo rendimiento académico, o de dificultades específicas en el aprendizaje o conducta, la autoevaluación negativa, indica una internalización de patrones de baja autoestima o una pobre valoración del propio esfuerzo o capacidad para tener éxito académico. Esto puede o no estar compensado por valoraciones positivas en otras áreas.

Subescala III:		Apariencia y Atributos Físicos: 12 ítems
N.º		ítem
5	(II)	Soy inteligente
7	(VI) (IV)	Me gusta como me veo
12		Soy fuerte
28	(II)	A mis amigos les gustan mis ideas
43	(II)	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas
48		Soy más feo (a) que los demás niños
50		Les caigo bien a los niños hombres
53	(VI)	Tengo una cara agradable
60	(II)	Les gusto a las demás personas
62	(V)	Les caigo bien a las niñas
63	(VI) (II)	Tengo buena pinta
67	(II)	Los otros niños son mejores que yo

Esta subescala, compuesta de 12 ítems refleja las actitudes infantiles relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas. Un puntaje bajo en esta escala puede significar a) que el niño (a) tenga muy baja autoestima en relación a su imagen corporal y atributos relacionados y b) que el niño (a) adhiera o no los roles estereotípicos sexuales tradicionales. En este caso, un puntaje bajo, no debería ser interpretado necesariamente como problemático.

Subescala IV:		Ansiedad: 13 ítems
Nº		Ítem
4		Generalmente estoy triste
6	(V)	Soy tímido
7	(III,VI)	Me gusta como me veo
8		Me pongo nervioso cuando tengo prueba
16		Me doy por vencido fácilmente
19		Casi siempre tengo ganas de llorar
24		Soy nervioso
30		Casi siempre estoy preocupado
35	(VI)	Me gusta como soy
36	(V)	Siento que no me toman en cuenta
37	(VI)	Me gustaría ser diferente
65		Casi siempre tengo miedo
69		En mi casa dicen que soy llorón

Esta subescala compuesta de 13 ítems refleja un humor disfórico o alterado. Los ítems individuales comprenden una variedad de emociones específicas que incluyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo y en general,

sentimientos de no ser tomado en cuenta. Más que otras, esta escala contiene ítems que pueden sugerir la necesidad de evaluación o terapia psicológica posterior. Si un niño puntúa bajo en esta subescala, hay que examinar cuáles fueron sus respuestas en particular para determinar la naturaleza de los problemas y para decidir si debe o no recibir ayuda especializada.

Subescala V:		Popularidad:	11 ítems
Nº		Ítem	
1		Mis compañeros se burlan de mí	
3		me cuesta mucho hacerme amigo de otros niños	
6	(IV)	Soy tímido	
9		Tengo muchos amigos	
23	(II)	Soy conocido y querido por mis compañeros de curso	
36	(IV)	Siento que no me toman en cuenta	
40		Soy de los últimos que eligen para entrar en los juegos	
46		Tengo buenos amigos	
51		Los demás niños me molestan	
57		En juegos y deportes, miro en vez de jugar	
62	(III)	les caigo bien a las niñas	

Los 11 ítems de esta subescala reflejan la forma en que el niño evalúa su popularidad entre los compañeros de curso, si se siente o no capaz de hacer amigos, si es o no elegido para participar en juegos, si es aceptado o no por su grupo de pares.

Bajos puntajes en esta escala pueden indicar retraimiento social, timidez, falta de habilidades y destrezas sociales, o rasgos de personalidad que facilitan el que el niño sea aislado o rechazado por sus pares. Algunos niños discapacitados físicamente, o con dificultades de aprendizaje, pueden sentir que los otros se burlan de ellos, o simplemente que no son tomados en cuenta.

Subescala		VI: Felicidad y Satisfacción: 11 ítems
N.º		Ítem
2		Soy una persona feliz
7	(III,IV)	Me gusta como me veo
32		Tengo buena suerte
35		Me gusta como soy
37	(IV)	Me gustaría ser diferente
45		Soy alegre
48	(III)	Soy más feo que los demás niños
53	(III)	Tengo una cara agradable

59		Me gusta estar con gente
63	(III)	Tengo buena pinta
70	(I)	Soy buena persona

Esta subescala de 11 ítems refleja un sentimiento general infantil, de ser feliz y estar satisfecho de vivir. Bajos puntajes se asocian a infelicidad, autovaloración negativa general y un fuerte anhelo de ser diferente. A pesar de que no todos los problemas requieren intervención especializada, los niños que puntúan bajo en esta escala, pueden estar pidiendo ayuda y por lo tanto se beneficiarían de ser evaluados por el especialista.

Ítems no agrupados en Subescalas: 13 ítems

N.º	Ítem
14	Soy atropellador
15	Soy bueno para los trabajos manuales
20	Soy bueno para el dibujo
27	Mis hermanos (o primos) dicen que los molesto mucho
33	Me siento capaz de lograr lo que mis padres esperan de mí
38	Duermo bien en la noche
41	Muchas veces me siento enfermo
44	Soy buen amigo (a)
54	Cuando trato de hacer algo, todo me sale mal
56	Soy torpe
61	Me enojo fácilmente
64	Mis hermanos (o primos) me caen bien
66	Los demás pueden confiar en mí.

Interpretación del puntaje total

El puntaje total de la Escala P-H (a) puede fluctuar entre 0 y 60 puntos, y refleja el número de ítems que han sido respondidos en la dirección del autoconcepto positivo, de manera que un alto puntaje indica un autoconcepto favorable y alto grado de autoestima, mientras que puntajes bajos se asocian a un autoconcepto negativo. El autoconcepto bajo, o la baja autoestima, puede ser específico y afectar a algún aspecto de la autovaloración infantil, o puede estar generalizado a varias áreas.

El puntaje bruto obtenido por los adolescentes, y que corresponde a la suma de ítems respondidos en la dirección del autoconcepto positivo, asignando 1 punto por cada respuesta en dicha dirección, puede ser transformado en percentiles

Este puntaje bruto obtenido por el niño también puede ser expresado en puntajes T., Convencionalmente, una D.S. bajo el promedio podría ser considerado como un serio indicador de baja autoestima. Sin embargo, una o más D.S. sobre el X, puede reflejar tanto un muy alto autoconcepto, como también un deseo de presentarse a sí mismo de la manera más favorable posible, en la línea de la deseabilidad social.

Los puntajes T son muy discriminativos cuando las escalas cuentan con un número relativamente grande de respuestas, como es el caso de los puntajes totales de la Escala. Este tipo de puntajes es menos apropiado para el caso de escalas que cuentan con un número reducido de ítems, dado que una diferencia de un punto bruto, puede producir una diferencia desproporcionada en el puntaje T. En nuestro caso, los puntajes de subescalas se han expresado en puntajes T, aunque deben ser usados con las reservas señaladas.

Para interpretar cada puntaje es importante considerar que el puntaje obtenido no debe ser tenido como absoluto, dado que es posible que pudiera variar en función de factores tales como la confiabilidad de la prueba y el error estándar de los puntajes, o también por factores individuales del niño, tales como estado de salud al momento de ser evaluado y otros.

Interpretación para los puntajes de las subescalas

La utilización de estas subescalas posibilita generar hipótesis clínicas e identificar áreas de debilidad o de fortaleza en un niño considerado en forma individual.

Evaluación de fortalezas y debilidades individuales

Los puntajes normalizados de la Escala proporcionan una comparación entre los puntajes individuales y los puntajes obtenidos por la muestra normativa. Esta

aproximación es importante cuando interesa comparar el puntaje de un adolescente con otros adolescentes, o para clasificarlo como con baja, alta o mediana autoestima.

Una aproximación alternativa es analizar las desviaciones tanto en la dirección positiva como negativa de un adolescente en particular, respecto de sus propios puntajes. Esta aproximación, responde a si el adolescente presenta áreas significativas de debilidad o fortaleza en su autoestima. Por ejemplo, dos adolescentes pueden tener un mismo puntaje total, pero patrones muy diferentes de puntajes en las subescalas. Uno de ellos puede puntuar consistentemente en el promedio a través de las 6 subescalas, mientras el otro puede puntuar alto en algunos y bajo en otras. Estos patrones diferentes tienen importantes consecuencias para la interpretación y posibles tratamientos posteriores.

Esta estrategia de análisis implica establecer un perfil de desviaciones en los puntajes de las subescalas, basado en los promedios que el adolescente obtiene en las mismas, y no en comparación con la muestra normativa. A esto se le denomina "interpretación ipsativa" (Reynolds, 1982, en Piers, 1984) y puede ser muy valiosa para evaluar y determinar diferencias intraindividuales. En el caso de esta prueba, la aproximación ipsativa, es útil para evaluar los patrones individuales de los adolescentes, en torno a sus debilidades y fortalezas y/o disarmonías en el autoconcepto en relación a su nivel total de autoestima.

En la práctica, esta aproximación se logra realizando los siguientes cálculos:

Sumar los puntajes de las 6 subescalas y dividir por 6, para obtener el puntaje promedio total de las subescalas para el inicio. Calcular la diferencia de promedio de cada subescala respecto del promedio total subescalar. (Se resta este promedio total a cada uno de los puntajes promedio de las subescalas). El resultado puede ser positivo o negativo, indicando de este modo debilidades o fortalezas.

Interpretación estadística de las respuestas

La interpretación también puede realizarse de las respuestas a los ítems individuales. Los puntajes considerados sólo en forma global pueden oscurecer o

esconder información muy relevante en torno al por qué el adolescente siente de la manera que lo hace, y que puede servir al terapeuta para realizar un buen manejo del caso. Esta información en particular no debe ser entregada a padres o profesores o a quienes carezcan de la formación suficiente como para interpretarla adecuadamente. El considerar cada ítem en particular en cuanto a su contenido y significado, y en cuanto a su relación con contenidos de otros ítems de la Escala, es una interpretación que debe ser realizada por un profesional idóneo, a la luz de toda la información de que dispone sobre el adolescente. Siendo lo cuantitativo suficiente para la elaboración de gráficos y tablas estadísticas.

Utilizando los descriptores propuestos en el P-H 2 (Piers, 2007) en puntaje obtenido por el adolescente transformado a puntaje T puede caracterizarse de la siguiente manera:

Puntaje T	Descriptor
60 - 70	Alto nivel de autoestima
55 - 59	Nivel promedio alto de autoestima
45 - 54	Promedio
40 - 44	Promedio bajo
35 - 39	Bajo
30 - 34	Muy bajo

Obtención del puntaje bruto

Antes de contar los puntos, se debe anotar el número de ítems respondidos, las respuestas dobles y las omitidas.

Para corregir, se puede utilizar una plantilla sobre las hojas del cuestionario. El puntaje bruto total corresponde al total de respuestas marcadas en la dirección positiva. Para determinar este puntaje, se cuenta el número de respuestas que aparecen en las perforaciones de la hoja clave (en caso de que utilice) y se anota la cantidad en el lugar destinado para ese efecto, (To) en la sección "Uso Interno".

El puntaje total no coincide con la suma de totales parciales en las subescalas. Algunos ítems no son contabilizados en ninguna.

Obtención de puntajes de subescalas

A continuación, se contabilizan los puntajes correspondientes a cada una de las subescalas.

La plantilla de corrección se puede usar también para determinar puntajes brutos para subescalas. Los números impresos junto a las perforaciones de la plantilla de corrección indican las escalas en las cuales deben ser contabilizadas. Por ejemplo, si los números IV y VI están impresos al lado de la perforación correspondiente a un ítem, significa que el ítem pertenece a las subescalas IV y VI. Si el número aparece junto a la perforación, además del puntaje total, se contabiliza para los puntajes de esa subescala. El puntaje de la subescala es la suma de las respuestas marcadas que aparecen en las perforaciones de la plantilla, y que llevan el número de esa subescala. Esos puntajes se anotan en el lugar disponible para ello en el cuadernillo. (P.B. de la sección Uso Interno).

Percentiles y Puntajes T

El puntaje total y por subescalas debe ser transformado en puntajes estándar, en este caso, puntaje T y percentiles, para ayudar a su interpretación. En cada cuadernillo hay un cuadro que permite anotar los puntajes expresados en puntajes T, tanto para los totales, como para la subescala.

Los resultados deben ser anotados en el lugar destinado para ello en el cuadernillo, poniendo el puntaje bruto y su correspondiente expresión en puntajes T. Marque en el gráfico, conecte los puntos y obtendrá en perfil para cada niño.

Índices de distorsión de resultados de la prueba

Cada uno de los índices muestra una particular manera de responder, que representa una amenaza para la validez de la Escala

Índice de simulación o mentira. Se refiere a un intento más o menos deliberado por parte del niño para distorsionar sus respuestas de manera de producir un efecto

dato. La distorsión en el sentido positivo es la tendencia a falsear la respuesta hacia lo que se siente que es una dirección positiva. Esto se asocia con frecuencia al término “deseabilidad social”. Distorsión negativa es la tendencia a presentarse en forma negativa. En los adultos la distorsión negativa es interpretada generalmente como un llamado de atención o como un medio para eludir una situación no resuelta.

Dada la naturaleza de la prueba, es posible que los niños distorsionen sus respuestas en una dirección convencional o socialmente deseable, pero en general, no representa un intento deliberado de falsear la verdad, sino más bien una confusión entre lo que realmente sienten y lo que se les ha dicho que deben sentir o cómo deben actuar. Ello no debe ser interpretado como patológico. El deseo de lucir bien o de acatar la opinión de la mayoría o de personas que ellos consideran importantes es común a muchos niños, en especial, para los más pequeños. La ausencia total de tales respuestas, suele ser un indicador de problemas, tanto como podría serlo su presencia (Piers, 1984)

Como regla general, los puntajes totales que se desvían 1.5 o más DS en una dirección positiva ($T > 65 = \text{puntaje bruto} > 62$) deben ser interpretados con cautela, ya que puede ser real, pero también puede representar falta de autocrítica o respuestas falseadas en la línea de la deseabilidad social.

Dado que en general los adolescentes no conocen los beneficios que puede traerle el presentar un cuadro desfavorable de ellos mismos, puede decirse que los puntajes bajos en la escala reflejan baja autoestima. Puede haber distorsiones negativas, pero son más escasas que las positivas

1. Tendencia a responder en forma sesgada. Se ha estudiado la tendencia a respuestas de aceptación o aquiescencia (responder SI a la mayoría de los ítems) en los tests que usan respuestas dicotómicas SI/NO. Lo contrario es responder NO a todo, en un intento por discrepar en todo. En el Piers-Harris se trató de minimizar el efecto de tales tendencias balanceando el número de respuestas positivas y negativas. Teóricamente hay una posibilidad de que el niño responda todos los ítems en el mismo sentido, lo que significaría que el número de respuestas SI o NO fuera cercano a cero o a 55. La prueba proporciona perfiles que ilustran esta tendencia.

2. Respuestas al azar. La prueba ofrece un listado de 15 pares de respuestas que no podrían darse juntas, o que son contradictorias en un sentido lógico. Que aparezca este estilo de respuestas en el protocolo, significa que el niño ha respondido en forma azarosa, al menos, algunos ítems. El puntaje total para el índice de inconsistencia corresponde al número total de pares de respuestas identificadas como inconsistentes, asignando un punto a cada par. Se puede considerar crítico reunir más de 5 puntos en este índice.

Interpretación del puntaje total

El puntaje total de la Escala P-H (a) puede fluctuar entre 0 y 70 puntos, y refleja el número de ítems que han sido respondidos en la dirección del autoconcepto positivo, de manera que un alto puntaje indica un autoconcepto favorable y alto grado de autoestima, mientras que puntajes bajos se asocian a un autoconcepto negativo. El autoconcepto bajo, o la baja autoestima, puede ser específico y afectar a algún aspecto de la autovaloración infantil, o puede estar generalizado a varias áreas.

El puntaje bruto obtenido por el niño, y que corresponde a la suma de ítems respondidos en la dirección del autoconcepto positivo, asignando 1 punto por cada respuesta en dicha dirección, puede ser transformado en percentiles

Este puntaje bruto obtenido por el niño también puede ser expresado en puntajes T., Convencionalmente, una D.S. bajo el promedio podría ser considerado como un serio indicador de baja autoestima. Sin embargo, una o más D.S. sobre el X, puede reflejar tanto un muy alto autoconcepto, como también un deseo de presentarse a sí mismo de la manera más favorable posible, en la línea de la deseabilidad social.

Interpretación para los puntajes de las sub-escalas

La utilización de estas sub-escalas posibilita generar hipótesis clínicas e identificar áreas de debilidad o de fortaleza en un niño considerado en forma individual.

Evaluación de fortalezas y debilidades individuales

Los puntajes normalizados de la Escala proporcionan una comparación entre los puntajes individuales y los puntajes obtenidos por la muestra normativa. Esta

aproximación es importante cuando interesa comparar el puntaje de un niño con otros niños, o para clasificarlo como con baja, alta o mediana autoestima.

Una aproximación alternativa es analizar las desviaciones tanto en la dirección positiva como negativa de un niño en particular, respecto de sus propios puntajes. Esta aproximación, responde a si el niño presenta áreas significativas de debilidad o fortaleza en su autoestima. Por ejemplo, dos niños pueden tener un mismo puntaje total, pero patrones muy diferentes de puntajes en las sub-escalas. Uno de ellos puede puntuar consistentemente en el promedio a través de las 6 subescalas, mientras el otro puede puntuar alto en algunos y bajo en otras. Estos patrones diferentes tienen importantes consecuencias para la interpretación y posibles tratamientos posteriores.

Interpretación cualitativa de las respuestas

La interpretación también puede realizarse en el nivel de significados de las respuestas a los ítems individuales. Los puntajes considerados sólo en forma global, pueden oscurecer o esconder información muy relevante en torno al por qué el niño siente de la manera que lo hace, y que puede servir al terapeuta para realizar un buen manejo del caso. Esta información en particular no debe ser entregada a padres o profesores o a quienes carezcan de la formación suficiente como para interpretarla adecuadamente. El considerar cada ítem en particular en cuanto a su contenido y significado, y en cuanto a su relación con contenidos de otros ítems de la Escala, es una interpretación cualitativa que debe ser realizada por un profesional idóneo, a la luz de toda la información de que dispone sobre el niño.

Administración.

El P.H. (a) está destinado a niños a partir de los 8 años, hasta los 12 años. Puede ser administrado individualmente o en forma colectiva a grupos curso. En el caso de los niños más pequeños (3er. año) es indispensable asegurarse que comprenden la naturaleza de la tarea, que no dejarán ítems sin responder, que no harán dobles marcas, etc.

Los materiales que se requieren para su aplicación son: lápiz, goma y el cuadernillo que contiene las instrucciones, los datos de identificación y los ítems que el niño debe responder. Para asegurar un *setting* adecuado, la evaluación debe ser realizada en un lugar tranquilo, bien iluminado y relativamente libre de elementos distractores, donde el niño puede escribir con comodidad. Todo esto es importante para lograr que el niño responda de tal manera que refleje con precisión sus sentimientos sobre sí mismo. También es indispensable, antes de distribuir los cuadernillos, explicar el propósito de la Escala y de ser posible, la manera en que serán usados los resultados. Los niños deben estar adecuadamente motivados para que respondan en la forma más honesta posible, sin dejarse influir por cómo ellos piensan que los otros podrían querer que ellos sean, o cómo ellos querían ser realmente. Debe insistirse en que las preguntas no son parte de una prueba, y que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por este motivo, debe evitarse usar palabras como test o prueba para referirse a la Escala. Asegurarle al niño, que los resultados no afectan sus calificaciones escolares y que serán tan confidenciales como sea posible.

A continuación, se le entrega el cuadernillo a cada niño, y si es posible, un lápiz y una goma a cada uno.

Se les pide que completen los datos de identificación: Nombre, edad, curso, sexo y colegio son datos suficientes en la mayoría de los casos. En otros casos y dependiendo de los fines de la investigación o estudio, se puede pedir datos tales como orden de nacimiento, presencia o no de los padres en el hogar, etc. En caso de que sea importante para los niños el cuidar la confidencialidad, se les puede pedir que anoten solamente su número de estudiante. Para la administración individual, las instrucciones son las mismas que para la aplicación colectiva.

A continuación, se les pide que abran el cuadernillo en la página correspondiente y se leen las instrucciones en voz alta mientras los niños leen en silencio en sus cuadernillos. Esta modalidad, puede ser reemplazada por una explicación en voz alta por parte del examinador, quien habrá traído una reproducción en tamaño grande que se pondrá en la pizarra, y donde irá ilustrando la manera de responder. Esta modalidad es particularmente útil con niños más pequeños y con dificultades para seguir el ritmo y

velocidad de lectura del examinador. También es beneficioso para no perder el contacto visual con el curso (cursos muy inquietos, etc.)

Las instrucciones orales que se le proporcionan a los niños, son más o menos las siguientes:

"Aquí hay una lista de afirmaciones que se refieren a la forma en que la gente, etc."

Enfatizar que se espera que responda ya sea sí o no, a todos y cada uno de los ítems, aún cuando sea difícil decidir cómo responder. Puede ser útil recorrer la sala para asegurarse que los niños están respondiendo correctamente.

A pesar de que el P.H. (a) sólo requiere de un nivel de lectura correspondiente a un 3er año, algunas palabras pueden resultar difíciles de comprender, en especial para los más pequeños. Si un niño no tiene certeza del significado de alguna palabra, o del sentido en que está usada, se le debe explicar cuidadosamente. Hay que tener especial cuidado con los niños con dificultades específicas en lectura. La información sobre esos niños se les puede pedir al profesor jefe del curso.

Es posible que algunos niños declaren que para ellos son válidas todas o ninguna de las afirmaciones o que se resistan a dar respuestas simples de SI o NO a alguno de los ítems. En ese caso, se le explicará que cada uno se siente de manera diferente en diferentes momentos y situaciones, pero que la idea es que respondan de acuerdo a cómo se sienten la mayoría de las veces.

No hay tiempo límite. A pesar de que la mayoría completa el trabajo entre los 15 a 20 minutos, se debe permitir que terminen todos antes de retirar los cuestionarios, de manera que sea respondido sin presión de tiempo. Antes de retirar, cerciorarse de que estén respondidos todos los ítems, y que no haya dobles respuestas (SI y NO) en algunos.