

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN LIMA METROPOLITANA

ADAPTATION OF ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE IN METROPOLITAN LIMA

Yolanda Robles¹,
Martín Padilla¹

RESUMEN

La autoestima es una dimensión de la personalidad que se refiere a la apreciación o valoración afectiva de uno mismo. Está ligada al sentimiento de bienestar, si la persona tiene una autovaloración positiva y por tanto satisfecha con sus logros. En relación a diversos problemas de conducta y de salud se la considera tanto un factor protector, si es alta, como factor de riesgo, si es baja. Su medición para acciones de investigación e intervención individual y clínica, requiere de instrumentos de probada validez y confiabilidad a nivel local.

OBJETIVO: Determinar las características de validez, confiabilidad y datos normativos de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

MÉTODOS: A partir de la información recolectada en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana 2012 - Replicación, se analizaron los datos de la muestra de 5935 personas de 12 a más años, el 51,7% de mujeres. Se analizaron las puntuaciones de la EAR según variables sociodemográficas, y medidas de la prueba y de los ítems, la confiabilidad mediante la consistencia interna y la validez mediante el análisis de componentes, exploratorio y confirmatorio, y mediante la comparación con el Índice de Calidad de Vida y la presencia de trastornos depresivos.

RESULTADOS: La EAR presenta una $M=30.1$ y $DE=3.16$, con diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de las variables sociodemográficas. Destaca la relación positiva con el nivel de instrucción e inversa con el nivel de pobreza. El Alfa de Cronbach= 0.797 , con menor contribución del ítem 8) "Desearía tener más respeto por mí mismo(a)", que tiene la menor puntuación promedio en la muestra. El análisis exploratorio define a este ítem como un segundo factor y a los nueve ítems como el primer factor, y ambos factores explican el 49,11% de la varianza. El análisis confirmatorio revela un mejor ajuste de dos factores, formados por los ítems positivos y negativos. La EAR se correlaciona significativa y positivamente con el Índice de Calidad de Vida y negativamente con la presencia de trastornos depresivos.

CONCLUSIONES: La Escala de Autoestima de Rosenberg es un instrumento que ha probado ser confiable por el método de consistencia interna y sensible a las diferencias de edad, nivel educativo, estado civil, y nivel de pobreza. El ítem 8), contribuye menos a la confiabilidad de la escala y en sí mismo define un componente de la escala usando el análisis factorial, por lo que requeriría revisión en su redacción.

El modelo que mejor explica las puntuaciones, es el de dos factores definidos por los ítems de orientación positiva y de orientación negativa de la autoestima.

SUMMARY

Self-esteem is a dimension of personality that refers to the appreciation or affective evaluation of oneself. It is linked to the feeling of well-being, if the person has a positive self-assessment and therefore satisfied with their achievements. In relation to various behavioral and health problems, it is considered a protective factor, if high, and as a risk factor, if it is low. Its measurement for research actions and individual and clinical intervention requires instruments of proven validity and reliability at the local level.

OBJECTIVE: Determine the characteristics of validity, reliability and normative data of the Rosenberg Self-Esteem Scale.

METHODS: Based on the information collected in the Epidemiological Study of Mental Health in Lima Metropolitana 2012 - Replication, data from the sample of 5935 people aged 12 years and over, 51.7% of women were analyzed. EAR scores were analyzed according to sociodemographic variables, and measures of the test and items, reliability through internal consistency and validity through the analysis of components, exploratory and confirmatory, and by comparison with the Quality Index of Life and the presence of depressive disorders.

RESULTS: The EAR presents an $M=30.1$ and $SD=3.16$, with statistically significant differences between the different groups of the sociodemographic variables. It highlights the positive relationship with the level of education and inversely with the level of poverty. Cronbach's $\alpha=0.797$, with the lowest contribution of item 8) "I wish I had more respect for myself", which has the lowest average score in the sample. The exploratory analysis defines this item as a second factor and the nine items as the first factor, and both factors explain 49.11% of the variance. The confirmatory analysis reveals a better adjustment of two factors, formed by the positive and negative items. The EAR correlates significantly and positively with the Quality of Life Index and negatively with the presence of depressive disorders.

CONCLUSIONS: The Rosenberg Self-Esteem Scale is an instrument that has proven to be reliable by the method of internal consistency and sensitive to differences in age, educational level, marital status, and level of poverty. Item 8), contributes less to the reliability of the scale and in itself defines a component of the scale using

factor analysis, so it would require revision in its wording. The model that best explains the scores is that of two factors defined by the items of positive orientation and negative orientation of self-esteem.

¹. Psicólogo.
Departamento de
Psicología. Instituto
Nacional de Salud
Mental "Honorio
Delgado-Hideyo
Noguchi".

Lo que las personas creen acerca de sí mismas, de sus capacidades y competencias, y la valoración que en consecuencia tienen de sí mismas, se expresan en la historia personal construida, lo que se es y lo que se puede llegar a ser. Esto alude a dos conceptos centrales en la psicología: el autoconcepto y la autoestima, a menudo usados de manera intercambiable, y que se constituyen en factores motivacionales a lo largo de la vida. Autoconcepto se refiere a las creencias y conocimiento de la persona sobre sus características, atributos y limitaciones, constituyéndose en un esquema cognitivo, y autoestima es la dimensión valorativa y afectiva del autoconcepto. La autoestima puede ser baja, ajustada a la realidad o alta, según el autoconcepto se acerque a las expectativas personales o yo ideal. La autoestima se desarrolla en el tiempo, como parte de la identidad personal, a partir de las experiencias de relación interpersonal y con el entorno y sus repercusiones intrapersonales. Un aspecto esencial es la relación de apego inicial establecida con la madre o con el cuidador; vicisitudes o fracaso en una relación de apego afecta la seguridad y la autoestima^{1,2,3}.

La autoestima está vinculada a la motivación en tanto puede reflejar una valoración positiva de los recursos para acometer logros, con una dirección opuesta si la valoración es negativa. La indefensión aprendida, la desesperanza, las creencias negativas, el menor nivel de autoeficacia, las capacidades de afrontamiento, se vinculan con la baja autoestima, que se constituye en un factor de riesgo para la presentación de problemas de conducta y de problemas de salud mental y física. En el extremo positivo, la autoestima es considerada un factor protector previniendo la aparición o mantenimiento de problemas de conducta y de salud.

La autoestima es un factor central en el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, considerando que es determinante en la percepción de amenazas y en la evaluación de las respuestas posibles³. La autoestima forma parte, junto al control percibido, del sentido de coherencia desarrollado por Antonovsky en 1979, al que considera como una orientación general hacia la vida, que reproduce los recursos internos y precede el afrontamiento específico de una situación. Forsman y Johnson proponen diferenciar la autoestima básica, afectiva, como el sentido de confianza básica e integridad, y la

autoestima activa cuando aquella es acompañada de logros efectivos; una autoestima básica es la que permite percibir las situaciones cotidianas o logros no como frustraciones sino como retos⁴. Baumeister y cols. plantean un punto de vista diferente al predominante de asociar la autoestima como factor protector o de riesgo para desempeños o logros; señalan que son éstos, los desempeños o logros, los que determinan el nivel de autoestima. Esta posición cuestiona la medición de la autoestima, que es una percepción subjetiva personal y no una realidad, señalando además que las personas tienden a valorarse de manera favorable, lo cual puede acrecentar el nivel de narcisismo⁵.

Rosenberg desde una perspectiva sociológica se interesó por conocer cómo se relaciona la autoestima con las posiciones sociales como raza o etnia y contextos institucionales como familias y colegios. Consideraba que la autoestima, junto con la autoeficacia y las identidades del self, son partes del autoconcepto al que definía como la "totalidad de los sentimientos y pensamientos que la persona tiene sobre sí misma como un objeto", y a la autoestima como "la evaluación global del valor de uno mismo e implica una orientación positiva o negativa hacia uno mismo"⁶. Más de 50 años después de la presentación inicial de su teoría sobre autoestima, y gracias a las investigaciones realizadas a lo largo de los años, Rosenberg declaraba su mayor confianza en ella y en la Escala de su creación, que la que tenía cuando recién la publicó⁷.

La autoestima, según sea positiva o negativa, se convierte en un factor protector o un factor de riesgo no específico en la salud, tanto física como mental. Según Sartorius la promoción de la salud se orienta a que las propias personas desarrollen competencias para cuidar de su salud y la autoestima ha sido reconocida como uno de los componentes; los otros dos son el fortalecimiento de competencias y del sentido de bienestar¹. A su vez, la autoestima se expresa en bienestar psicológico y en satisfacción con los logros académicos o laborales. La calidad de vida es considerada como equivalente a bienestar, siendo un concepto afín a la autoestima; se refiere entre sus varias acepciones a la satisfacción con diversas dimensiones en la vida personal teniendo en cuenta la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales⁸.

Se ha realizado el papel de la autoestima en la prevención de problemas de salud y en especial los problemas vinculados al estrés; una autoestima sólida o alta contribuye como factor de protección, al sentimiento de control, reduciendo la incertidumbre y la vivencia de estrés; es un amortiguador de la ansiedad. En el tratamiento de los problemas de salud la autoestima tiene un papel importante en la recuperación; una mayor autoestima define un mayor sentido de control, protegiendo del miedo a la incertidumbre, y de las repercusiones físicas y psicológicas del problema. Asimismo, se ha establecido con claridad el rol de factor de riesgo de la autoestima baja en diversos problemas de salud mental: depresión, ansiedad, distimia, problemas de alimentación, desórdenes de personalidad, violencia, deserción escolar, consumo de alcohol y tabaco, conducta sexual de riesgo^{3,9}. Se ha encontrado que la autoestima es menor en muestras de pacientes con problemas mentales que en la población general; específicamente existe una correlación negativa entre el estado depresivo y la autoestima^{3,10,11}.

Desde la década de los años sesenta se han construido diversos instrumentos de evaluación de la autoestima^{12,13,4,14,15} y también como parte de escalas de evaluación de otros aspectos de la personalidad¹⁶. En algunos casos se ha evaluado sencillamente con una única pregunta¹⁷.

Considerando la necesidad de contar con instrumentos para evaluar la autoestima, tanto para la investigación sobre personalidad como para diversos problemas de salud y su atención, el objetivo de la investigación es establecer las propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en la población de Lima y Callao.

Escala de autoestima de Rosenberg (EAR)

La Escala de Autoestima de Rosenberg fue desarrollada por el sociólogo Rosenberg en 1965. El objetivo de la prueba fue evaluar y determinar el nivel de autoestima de adolescentes y adultos jóvenes. Es de fácil administración, se compone de diez enunciados cinco de ellos formulados de manera directa y cinco de manera negativa. Solo requiere que los examinados registren sus respuestas en una escala de 4 grados para cada ítem: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y absolutamente de acuerdo. Es económico al requerir solo dos o tres minutos para resolverlo; la calificación e interpretación

también es breve, obteniéndose un puntaje total. Evalúa la autoestima como una sola dimensión, situando a las personas en un continuo, que va de baja a alta autoestima.

Inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, para facilitar la unidimensionalidad, con seis etapas para la calificación^{6,18}. Posteriormente se introdujo la calificación de las respuestas en los cuatro grados (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y absolutamente de acuerdo) como escala Lickert; algunos investigadores usaron la escala de 0 a 3 y otros de 1 a 4, obteniéndose como rango 0-30 o 10-40, respectivamente. Los ítems direccionados negativamente se califican con un puntaje inverso en la escala. A mayor puntaje se considera que existe una mayor autoestima. Es posible dividir la puntuación en cuartiles para categorizar niveles de autoestima: bajo, mediano bajo, mediano alto y alto⁹.

La muestra original fue 5024 alumnos de secundaria de 10 colegios de Nueva York⁶. A través del coeficiente de reproductibilidad de la escala tipo Guttman se obtuvo un valor de 0.92 y 0.72 en el coeficiente de escalabilidad. Pequeña (1999) reporta los estudios de Silber y Tippett que hallaron confiabilidad test-retest de 0.85 con un intervalo de 2 semanas¹⁸.

Existen diversos estudios sobre las propiedades psicométricas de la EAR en muestras poblacionales y clínicas, en español y países latinoamericanos^{19,20,10,11,21,22,23,24,25,26,27,28,29}, así como en Lima^{18,30,31}. Asimismo en muestras grandes^{32,33}.

Material y métodos

La investigación se realizó sobre la base de datos recogidos en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao 2012-Replicación (EESM)³⁴ con el objetivo de medir la prevalencia de trastornos, problemas y diferentes aspectos de la salud mental.

Muestra

El muestreo del estudio original fue probabilístico, trietápico y con cuatro unidades de análisis; adulto (hombres y mujeres), mujer unida o alguna vez unida, adolescente y adulto mayor. Para el presente estudio se utilizó datos de las muestras de adolescentes y de adultos,

1490 y 4445, respectivamente. La muestra fue de 5935 personas; las mujeres representan el 51,7%, el 33,2% se encuentra entre 25 y 44 años, el 54,6% tiene estudios secundarios, el 42,3% se encuentra en estado civil unido y el 25,9% está en los niveles de pobreza y de pobreza extrema. Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

TABLA 1.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	MUESTRA	PORCENTAJE
SEXO		
MASCULINO	2634	44.4
FEMENINO	3301	55.6
GRUPO ETARIO		
12-14 AÑOS	707	11.9
15-17 AÑOS	783	13.2
18-24 AÑOS	703	11.8
25-44 AÑOS	1970	33.2
45-64 AÑOS	1171	19.7
65 AÑOS O MÁS	601	10.1
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
SIN NIVEL / INICIAL	84	1.4
PRIMARIA INCOMPLETA	438	7.4
PRIMARIA COMPLETA	444	7.5
SECUNDARIA INCOMPLETA	1617	27.2
SECUNDARIA COMPLETA	1629	27.4
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	864	14.6
SUPERIOR UNIVERSITARIO	789	13.3
POSTGRADO	69	1.2
ESTADO CIVIL		
CONVIVIENTE	1249	21.0
SEPARADO(A)	627	10.6
DIVORCIADO(A)	70	1.2
VIUDO(A)	269	4.5
CASADO(A)	1262	21.3
SOLTERO(A)	2454	41.3
POBREZA		
POBRES EXTREMOS	368	6.2
POBRES	1171	19.7
NO POBRES	4396	74.1
ÁREA GEOGRÁFICA		
NORTE	728	12.3
SUR	1500	25.3
CENTRO	1110	18.7
ESTE	1895	31.9
CALLAO	702	11.8

Instrumentos

El recojo de datos para el estudio original se realizó utilizando cuestionarios y a través de encuestas a cargo de profesionales de la salud previamente capacitados. Para la presente investigación se seleccionaron los siguientes instrumentos contenidos en los cuestionarios.

Escala de autoestima de Rosenberg.

Previamente a su incorporación en los cuestionarios del EESM la EAR adaptada previamente en Lima por Pequeña fue revisada y contrastada con la versión original; se hicieron algunos reajustes semánticos y sintácticos. Las dos versiones en español e inglés fueron revisadas por una psicoterapeuta bilingüe, obteniéndose así la versión final incluida en los cuestionarios.

La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión española modificada³⁵ que permite identificar, siguiendo una estructura algorítmica y acorde con el DSM IV-R, determinados trastornos mentales. Para el caso, se tomó en cuenta las respuestas a la Sección A sobre presencia de episodio depresivo y B sobre Distimia.

El Índice de Calidad de Vida de Mezzich adaptado por Robles y cols.³⁶ que muestra la valoración de la calidad de vida de manera global y en diez dimensiones específicas.

Procedimiento

Delas bases de datos del adulto y del adolescente del EESM-2012 se seleccionaron las variables sociodemográficas y las correspondientes a la EAR. Asimismo, se seleccionaron las variables de las secciones A y B de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y del Índice de Calidad de Vida de Mezzich, para el análisis de la validez. Posteriormente se unieron las bases de datos del adulto y del adolescente para el análisis.

El consentimiento informado de los participantes fue obtenido en el estudio epidemiológico original de donde se extraen los datos.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos de los datos de las variables y el análisis de las diferencias mediante el análisis de varianza. La confiabilidad de la Escala se estableció por el análisis de la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Se analizó la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Se examinó el comportamiento del conjunto de ítems positivos y negativos. Se estableció la validez concurrente a través de la correlación con criterios: calidad de vida y presencia de trastorno depresivo en general.

Resultados

Puntuaciones de la EAR

En la Tabla 2, se presenta el comportamiento de la EAR en las diferentes variables sociodemográficas, a través de las medidas de tendencia central y dispersión. Asimismo se comparan los diferentes grupos mediante la prueba t de Student y el análisis de varianza (ANOVA), según corresponde. Adicionalmente

se realizaron las comparaciones múltiples con la prueba Tukey.

El rango de puntaje total de la EAR estuvo entre 12 y 40. La media para toda la muestra fue 30.1 y la DE 3,16, oscilando el promedio entre 28.3 que corresponde a los que no tuvieron instrucción o solo inicial y 33.0 para quienes tienen estudios de postgrado. Es de notar que en todas las variables sociodemográficas se encuentran diferencias significativas entre los grupos analizados.

TABLA 2.
PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	MEDIA (10 A 40)	DE	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS
TOTAL	30.1	3.16	29	29	29	32	
SEXO							
MASCULINO	30.3	3.05	29	29	29	32	$df= 5871 ; t= 2.847 ; p= 0.004$
FEMENINO	30.0	3.24	29	29	29	32	
GRUPO ETARIO							
12-14 AÑOS	30.1	3.49	29	29	28	32	$df1= 5 df2= 5867 ; F= 6.796 ; p= 0.000$
15-17 AÑOS	30.3	3.18	30	29	28	32	
18-24 AÑOS	30.4	3.34	29	29	29	32	
25-44 AÑOS	30.1	3.01	29	29	29	31	
45-64 AÑOS	30.3	3.08	29	29	29	32	
65 AÑOS O MÁS	29.5	3.07	29	29	28	30	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
SIN NIVEL / INICIAL	28.3	2.67	28	29	27	29	$df1= 7 ; df2= 5864 ; F= 54.719 ; p= 0.000$
PRIMARIA INCOMPLETA	28.5	2.63	29	29	27	29	
PRIMARIA COMPLETA	29.5	3.14	29	29	28	31	
SECUNDARIA INCOMP.	29.9	3.08	29	29	28	31	
SECUNDARIA COMPLETA	30.1	2.94	29	29	29	31	
SUPERIOR NO UNIVER.	30.6	3.08	30	29	29	32	
SUPERIOR UNIVER.	31.3	3.35	30	29	29	33	
POSTGRADO	33.0	3.86	33	30	30	36	
ESTADO CIVIL							
NUNCA UNIDO	30.39	3.35	30	29	29	32	$df1= 2 df2= 5866 ; F= 18.131 ; p= 0.000$
ALGUNA VEZ UNIDO	29.71	3.00	29	29	28	31	
UNIDO	30.02	3.00	29	29	29	31	
POBREZA							
POBRES EXTREMOS	28.90	2.73	29	29	28	30	$df1= 2 df2= 5870 ; F= 55.092 ; p= 0.000$
POBRES	29.62	2.89	29	29	28	31	
NO POBRES	30.36	3.22	29	29	29	32	
ÁREA GEOGRÁFICA							
NORTE	31.28	3.81	30	29	29	34	$df1= 4 df2= 5868 ; F= 33.562 ; p= 0.000$
SUR	30.17	3.04	29	29	29	32	
CENTRO	29.67	2.65	29	29	29	30	
ESTE	30.05	3.30	29	29	28	32	
CALLAO	29.71	2.67	29	29	28	30	

Según el sexo, los varones tienen un significativo mayor nivel de autoestima en comparación con las mujeres. De acuerdo a la edad, el grupo de 65 a más años tiene menor autoestima y la diferencia es significativa con todos los grupos de menor edad. Respecto al nivel educativo

es evidente el aumento de la autoestima con la progresión del nivel educativo, encontrándose diferencias significativas entre todos los grupos. Según el estado civil las diferencias entre los tres grupos son significativas: es mayor entre los solteros frente a los unidos; quienes estuvieron

Adaptación de la escala de Autoestima de Rosenberg en Lima Metropolitana

alguna vez unidos tienen menor valoración de su autoestima, y entre éstos son los divorciados quienes aparecen con mejor autoestima. En relación al nivel de pobreza es evidente la progresión de la autoestima a medida que se aleja del nivel de pobreza, siendo significativa la diferencia entre los tres grupos considerados.

Finalmente, según área geográfica de residencia la mayor valoración se da en el área Norte frente al área Centro que tiene la menor valoración; es el área Centro la que tiene diferencias marcadas con los restantes grupos. El Gráfico 1. muestra las tendencias de las puntuaciones.

GRÁFICO 1.
PROMEDIOS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS



El análisis de las puntuaciones promedio de cada uno de los diez ítems muestra que el ítem 10 "Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a)" presenta la mayor valoración en promedio (3,18) seguido por el ítem 9 "En general me inclino a sentir que soy un(a) fracasado(a)" (3,17) formulado en sentido negativo. La valoración más baja corresponde a los ítems formulados en sentido negativo: 8 "Desearía tener más respeto por mí mismo(a)" (2,19) antecedido por el ítem 5 "Siento que no tengo mucho de

que enorgullecerme" (2,93). Mientras que el patrón de los dos ítems de mayor valoración se presenta en la mayoría de grupos de las variables sociodemográficas contempladas, el patrón de los dos ítems de menor valoración se presenta en todos los grupos. La mayor dispersión de puntajes se muestra en el ítem 6 "Verdaderamente a veces me siento inútil (o que no sirvo)" y la menor en el ítem 3 "Creo que tengo varias cualidades (o habilidades)" (Tabla 3).

TABLA 3.
PUNTUACIONES DE LOS ÍTEMES DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 4	ÍTEM 5	ÍTEM 6	ÍTEM 7	ÍTEM 8	ÍTEM 9	ÍTEM 10
MEDIA	3.11	3.03	3.16	3.15	2.93	3.07	3.14	2.19	3.17	3.18
DESVIACIÓN TÍPICA	0.49	0.53	0.48	0.52	0.58	0.59	0.50	0.58	0.52	0.50

Confiabilidad

La consistencia interna de la EAR se examinó con el Alfa de Cronbach obteniéndose 0.797 para los diez ítems, valor considerado bueno. En la Tabla 4 se muestra la correlación ítem-test corregida y los cambios en las medidas de tendencia central y de consistencia interna si se elimina el elemento. Se aprecia correlaciones ítem-test corregida por encima de 0.436 excepto para el ítem 8, en que la correlación es baja (0.142), lo cual se refleja en el aumento de la consistencia interna de la escala si se retirara el ítem.

TABLA 4.

CONFIABILIDAD CONSIDERANDO LOS ÍTEMS DE LA ESCALA

ÍTEM	MEDIA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	VARIANZA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	CORRELACIÓN ELEMENTO-TOTAL CORREGIDA	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
1	27.012	8.450	0.449	0.782
2	27.096	8.147	0.507	0.775
3	26.962	8.233	0.541	0.772
4	26.974	8.080	0.548	0.770
5	27.197	8.192	0.436	0.784
6	27.050	7.831	0.546	0.770
7	26.987	8.338	0.480	0.779
8	27.938	9.135	0.142	0.820
9	26.950	7.987	0.579	0.767
10	26.942	8.196	0.536	0.772

Validez

Se realizaron dos procedimientos para examinar la validez de constructo. De un lado el análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales, que identifica dos factores que explican el 49,115% de la varianza de los datos. Nueve ítems conforman el primer factor mientras que el ítem 8) define el segundo factor. (Tabla 5 y Tabla 6).

TABLA 5.

VARIANZA TOTAL EXPLICADA DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

COMPO NENTE	AUTOVALORES INICIALES			SUMA DE LAS SATURACIONES AL CUADRADO DE LA EXTRACCIÓN		
	TOTAL	% DE LA VARIANZA	% ACUMULADO	TOTAL	% DE LA VARIANZA	% ACUMULADO
1	3.751	37.51	37.51	3.751	37.51	37.51
2	1.16	11.604	49.115	1.16	11.604	49.115
3	0.896	8.958	58.073			

TABLA 6.

CARGAS FACTORIALES DE LA ESCALA AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ÍTEMS	COMPONENTES	
	1	2
1	0.584	-0.176
2	0.617	0.330
3	0.684	-0.352
4	0.689	-0.307
5	0.535	0.386
6	0.664	0.281
7	0.622	-0.307
8	0.183	0.651
9	0.700	0.183
10	0.670	-0.148

De otro lado, se examinó la validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio evaluando tres modelos: el modelo de un solo factor como es la estructura original propuesta, el modelo de dos factores, agrupando los ítems de fraseo positivo y de fraseo negativo y el modelo obtenido en el actual estudio que aísla como un segundo factor al ítem 8). Al efecto se calculó el Chi Cuadrado y el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA), considerándose aceptable si el valor se encuentra en el rango de 0.08 a 0.05, y óptimo si es inferior a 0.05. Sin embargo, puesto que estos índices son sensibles a muestras de gran tamaño, se estimó el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), teniéndose como aceptables valores superiores a 0.9. En la Tabla 7 se muestran los valores de los tres modelos, notándose la mejor adecuación del modelo 2 que plantea la conformación de dos factores con los ítems positivos y negativos.

TABLA 7.

ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE PARA LOS MODELOS CONFIRMATORIOS 1, 2 Y 3

MODELOS	CHI-CUADRADO	GL	P	RMSEA (IC 90%)	CFI	TLI	AIC
MODELO 1	1772.40	35	0.000	0.092(0.000 -)	0.875	0.839	79553.346
MODELO 2	736.01	34	0.000	0.059(0.056 - 0.063)	0.950	0.933	78725.979
MODELO 3	13695.66	36	0.000	0.100	0.885	0.846	69490.087

Se analizó el comportamiento de los ítems positivos y negativos. El promedio de los ítems positivos fue 15.74+1,79 y de los ítems negativos 14.38+1,83, con una diferencia de 1.36. La correlación entre ambas fue $r=0.521$ ($p<0.01$).

La validez concurrente se examinó

relacionando el puntaje de la EAR con el promedio del Índice de calidad de vida presentado por la muestra ($M=7,9$), obteniéndose una correlación de Pearson de 0.394 ($p=0,01$), significativa. Asimismo, se correlacionó cada componente del Índice de Calidad de Vida con el puntaje total de la EAR, encontrándose todas ellas positivas y significativas, entre las que destaca la más alta correlación con el componente de Bienestar psicológico. (Tabla 8).

TABLA 8.
CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL PUNTAJE DE LA EAR Y LOS COMPONENTES DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

VARIABLES	CORRELACIÓN PEARSON
BIENESTAR FÍSICO	0.295**
BIENESTAR PSICOLÓGICO	0.349**
AUTOOCUIDADO Y FUNCIONAMIENTO	0.255**
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL	0.277**
FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL	0.284**
APOYO SOCIAL – EMOCIONAL	0.294**
APOYO COMUNITARIO Y DE SERVICIOS	0.110**
PLENITUD PERSONAL	0.331**
SATISFACCIÓN ESPIRITUAL	0.262**
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	0.310**
PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA TOTAL	0.394**

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

Asimismo, la validez concurrente se exploró mediante la correlación del puntaje EAR con la presencia de algún trastorno depresivo en general, categoría que incluye los diagnósticos de episodio depresivo y de distimia. Se consideró dos indicadores debido a la naturaleza de datos del estudio epidemiológico: la prevalencia actual de algún trastorno depresivo en general (3,9%) para toda la muestra, y la prevalencia de vida de algún trastorno depresivo en general (19%) sólo para la submuestra de adultos ($n=4445$). La correlación de Spearman en ambos casos fue negativa y significativa: -0.153 para la prevalencia actual, y -0.141 para la prevalencia de vida.

Discusión

El rango de variación del promedio del puntaje de la EAR para adultos en los artículos revisados va de 26,29 + 6,98 hasta 34,91 + 3,70, encontrándose la mayoría de ellos por encima de 32; para universitarios entre 34,56 + 4,40 y 34,38 + 4,48; y para adultos mayores 35,72 y 35,10 + 4,18. El promedio de la EAR en nuestro estudio es 30.1 + 3.16, valor menor a lo informado en

otros estudios, incluyendo el estudio local de Castañeda en escolares.

A esta medida contribuyen los bajos puntajes obtenidos consistentemente en el ítem 8) "Desearía tener más respeto por mí mismo(a)" (promedio = 2.19) y en el ítem 5) "Siento que no tengo mucho de que enorgullecerme" (promedio = 2,93), frente al promedio de los restantes que está por encima de 3. El ítem sobre el respeto por uno mismo puede aludir a la percepción de no atender suficientemente las propias necesidades o de no defender suficientemente los derechos. El ítem 5) remite a la percepción de no haber logrado lo esperado o que lo logrado no tiene mucho valor; es posible que un factor asociado sean los logros educativos o económicos, que son muy valorados en la población. Nótese además que la autoestima va paralela al nivel de estudios.

A diferencia de lo que se informa en la mayoría de estudios revisados, en el presente estudio se encuentra que la autoestima es significativamente menor en las mujeres en comparación con los varones. Con relación a la edad, al igual que en el estudio de Sinclair y cols.³⁷, se encuentran entre otros, diferencias en el puntaje EAR según edad; por el contrario, en otros estudios no se verifican diferencias según criterio de edad. El grupo de 65 a más años tiene menor autoestima con respecto a todos los grupos de menor edad; es posible que ello esté vinculado a las múltiples pérdidas que se enfrentan en esta etapa. Por otro lado, puede reflejar la visión más realista de sí mismo, frente a un cierto componente narcisístico con que se ha vinculado la valoración de la autoestima. En los tres grupos más jóvenes se observa una discreta aunque clara tendencia a la elevación de la autoestima con mayor edad, luego desciende en la etapa de adultez joven, en las que se van construyendo logros vitales, para volver a aumentar en la etapa de la adultez madura, previa a la adultez mayor, en donde disminuye.

En este estudio, la progresión de la valoración de la autoestima a medida que aumenta el nivel educativo, coincide con otras investigaciones que encontraron diferencias en la valoración de la autoestima según el nivel educativo. Los logros educativos son muy valorados en nuestra población por lo que esta correlación es esperable. El aspecto educativo se puede considerar con una doble vía de relación con la autoestima: las personas con mayor autoestima pueden aspirar y lograr mayor nivel de desarrollo personal a través

de la educación; de otro lado, la satisfacción en sí misma por los mayores niveles de preparación y directamente por las mejoras en el nivel de vida que significan, pueden impactar en el nivel de autoestima. Similar y evidente relación directa se observa entre el nivel de pobreza y la autoestima, relación que ha sido identificada por otros investigadores. Sobre ello se puede aplicar la misma doble determinación: las personas en condición de pobreza pueden desarrollar autoestima baja o limitar la autoestima, y la baja autoestima puede limitar sus posibilidades para salir del estado de pobreza.

En algunos estudios se ha encontrado diferencias entre el estado marital y la autoestima al igual que en la presente investigación. En nuestro caso, se debe tener en cuenta que al formar parte de la muestra adolescentes en quienes el estado de unión no es esperado, esta situación puede influir en el resultado de la valoración de la autoestima en el grupo no unido. Es evidente la menor valoración de la autoestima en el grupo que ha perdido la condición de unido, ya sea por separación, divorcio y viudez. Estas condiciones en sí mismas pueden afectar la propia valoración. Es de notar que entre el grupo alguna vez unido, son los divorciados quienes muestran mayor autoestima, tal vez vinculado a la valoración de la independencia y autonomía.

Consideración especial demanda la diferencia de autoestima observada entre las zonas de Lima. La zona Centro, de menor autoestima, está definida por distritos más antiguos de Lima, con condiciones de vida diferentes a los restantes distritos. La zona Norte y Este, y particularmente la primera están formados con nuevos y pujantes distritos, en los que las aspiraciones de desarrollo pueden asentarse en una mayor valoración personal.

En las investigaciones revisadas con diferentes muestras, la confiabilidad de la EAR por el método de consistencia interna con el Alfa de Cronbach se encuentra entre 0,70 y 0,91³²; el estudio internacional con mayor cantidad de participantes arroja Alfa de Cronbach 0,81 y en los estudios locales entre 0,52 y 0,86^{18,30}. En la investigación actual el valor del Alfa de Cronbach fue 0,797, considerada buena, y se halla dentro del rango de valores reportados. Es de notar que las correlaciones de cada ítem con la prueba son óptimas, todas por encima de 0,4, excepto el ítem 8 que tiene menor correlación y

que consecuentemente afecta la confiabilidad total.

Los estudios que abordan la validez de la EAR generalmente se han basado en análisis de componentes principales de carácter exploratorio y confirmatorio y en el modelamiento de la variable utilizando diferentes muestras, con resultados controversiales, especialmente por el efecto de los cinco ítems formulados en sentido negativo. Los resultados son variados en los análisis exploratorios: se encuentra un solo factor, congruente con la teoría inicial; dos factores, para los ítems positivos y negativos²⁴; dos factores, de autocompetencia y gusto por sí mismo³⁷. En nuestro estudio el análisis exploratorio muestra dos factores, que dan cuenta del 49.11% de la varianza, el segundo de ellos definido sólo por el ítem 8 ("Desearía tener más respeto por mí mismo(a)"). Esta composición es un reflejo de los hallazgos en la evaluación de la consistencia interna, en la que este mismo ítem tiene menor correlación con toda la prueba. El comportamiento diferente del ítem 8 ha sido reportado en otros estudios^{33,38}, calificándosele de ambiguo y de ser sensible culturalmente.

De otro lado, el análisis factorial confirmatorio en otros estudios igualmente arroja un solo factor o dos factores que se organizan en función de los ítems positivos y negativos²⁴. Un mecanismo para manejar el resultado de dos factores ha sido considerar el puntaje de los ítems positivos y negativos como subgrupos y encontrar sus diferencias y su correlación³³. En la presente investigación el análisis confirmatorio indica que el modelo de dos factores, ítems positivos y negativos, explica mejor los resultados. La diferencia entre las medias de los ítems formulados positivamente y los formulados negativamente (1.36) es menor que la diferencia hallada en otro estudio³³, encontrándose que la correlación es significativa. Como se ha argumentado en otras investigaciones, esto puede evidenciar dos aspectos de la autoestima, el factor de competencia y el factor de gusto por sí mismo³³.

Considerando en particular el comportamiento del ítem 8) en el análisis exploratorio, y que nuestros datos muestran que este ítem –entre los diez- recibe la menor calificación por los encuestados, es pertinente considerar que la formulación sintáctica del ítem influya en la elección de la respuesta en

el sentido contrario al deseado. Wongpakaran y cols.³⁸ luego de modificar el ítem 8 realizan el análisis confirmatorio y encuentran un solo factor, recomendando su reformulación.

Finalmente, se confirma la correlación positiva significativa entre el nivel de autoestima y la valoración de la calidad de vida²¹, y la correlación negativa significativa entre el nivel de autoestima y la presencia de trastornos depresivos^{10,11}. Si bien las correlaciones no son altas –debido a la dispersión de los datos- si son muy significativas.

Es necesario mencionar que los datos sobre los cuales se ha realizado la investigación pueden haber sido influidos por variables no controladas considerando que han sido obtenidos dentro de una investigación más amplia que recogió otros datos.

Conclusiones

El estudio da cuenta de las propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg: confiabilidad por consistencia interna estimada como buena y validez de criterio positiva y significativa con la calidad de vida y negativa y significativa con la presencia de algún trastorno depresivo. El modelo de dos factores, grupos de ítems de formulación positiva y de formulación negativa, en la evaluación de la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio es el aceptable. Es necesario notar la diferenciación del ítem 8) con respecto a los demás, lo que indica la necesidad de su consideración particular. El estudio muestra la variación de la autoestima según sexo, edad, nivel educativo, estado civil y pobreza, condiciones que deben tenerse en cuenta para la interpretación de los resultados de la escala. El área geográfica de residencia se asocia a diferencias en la valoración de la autoestima, lo cual probablemente refleja otras condiciones de vida.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

LAS SIGUIENTES FRASES SE REFIEREN A SENTIMIENTOS SOBRE UD. MISMO(A). INDIQUE CUÁN (QUÉ TAN) DE ACUERDO ESTÁ CON ELLAS.				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. EN GENERAL ESTOY SATISFECHO(A) (O CONTENTO(A)) CONMIGO MISMO(A)	1	2	3	4
2. ALGUNAS VECES PIENSO QUE NO SOY BUENO(A) PARA NADA	1	2	3	4

LAS SIGUIENTES FRASES SE REFIEREN A SENTIMIENTOS SOBRE UD. MISMO(A). INDIQUE CUÁN (QUÉ TAN) DE ACUERDO ESTÁ CON ELLAS.				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
3. CREO QUE TENGO VARIAS CUALIDADES (O HABILIDADES)	1	2	3	4
4. SOY CAPAZ DE HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS	1	2	3	4
5. SIENTO QUE NO TENGO MUCHO DE QUE ENORGULLECERME	1	2	3	4
6. VERDADERAMENTE A VECES ME SIENTO INÚTIL (O QUE NO SIRVO)	1	2	3	4
7. SIENTO QUE SOY UNA PERSONA DE VALOR (O DIGNA), AL MENOS AL MISMO NIVEL QUE OTROS	1	2	3	4
8. DESEARÍA TENER MÁS RESPETO POR MÍ MISMO(A)	1	2	3	4
9. EN GENERAL ME INCLINO A SENTIR QUE SOY UN(A) FRACASADO(A)	1	2	3	4
10. TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MÍ MISMO(A)	1	2	3	4

Referencias

- Mann M, Hosman C, Schaalma H y de Vries N. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research. Theory & Practice.* 2004; 19: 357-372. <https://academic.oup.com/her/article-abstract/19/4/357/560320>
- Ortega P, Mínguez R y Rodes M. Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teor. educ.* 2000; 12: 45-66
- Ramos J. Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo. *Clínica y Salud.* 2012; 23(2): 123-139
- Johnson M. Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology.* 2004; 9: 419-432.
- Baumeister R F, Campbell JD, Krueger J y Vohs KD. Does high selfesteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *Psychological Science in the Public Interest.* 2003; 4: 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Universidad de Maryland. Departamento de Sociología. Rosenberg self-esteem scale. <https://socy.umd.edu/about-us/rosenberg-self-esteem-scale>
- Rosenberg M. Determinants of self-esteem. This week's citation classic. 1989; 11: March 13, Obtenido en: garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001.pdf
- Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 2003. <http://campus.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Byrne DG y Mazanov J. Self-esteem, stress and cigarette smoking in adolescents. *Stress and Health.* 2001; 17: 105-110.
- Góngora V y Casullo M. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación.* 2009; 27(1):179-194.
- Góngora V, Fernández M y Castro A. Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población

- adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*. 2010; 7: 24-30.
12. Boada Y. Evaluación de la autoestima en la adolescencia. En: Domenech E, editora. *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Bellaterra: Universitat autònoma de Barcelona. 2005. p. 107-122 (consulta on line).
 13. Heatherton T y Polivy J. Development and Validation of a Scale for Measuring State Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 60(6): 895-910.
 14. García-Soriano G, Belloch A y Castañeiras C. Áreas en las que Basamos Nuestra Autoestima y su Influencia sobre el Bienestar Emocional: Validación de la escala de contingencias de la autoestima para su uso en castellano. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2010; XIX: 5-13.
 15. Tabernerero C, Serrano A y Mérida R. Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. *Psicología Educativa*. 2017; 23:9-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2017.02.001>
 16. Judge T, Erez A, Bono J y Thoresen C. The core self-evaluations scale: development of a measure. *Personnel Psychology*. 2003; 56: 303-331. DOI: 10.1111/ j.1744-6570.2003.tb00152.x
 17. Rohrer J y Young R. Self-esteem, stress and self-rated health in family planning clinic patients. *BMC Family Practice*. 2004; 5:11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/5/11>
 18. Pequeña J. Relación entre la autoestima y el locus de control en estudiantes del primer semestre de la UNSM. [Tesis magister]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1999.
 19. Vázquez A, Jiménez R, y Vázquez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 2004; 22(2): 247-255.
 20. Tomas J, Sancho P, Galiana L, Oliver A y Hontangas P. Measuring self-esteem in Spanish adolescents: Equivalence across gender and educational levels. *Avaliação Psicológica*. 2015; 14(3): 385-393. DOI: 10.15689/ap.2015.1403.10
 21. Rojas-Barahona C, Zegers B y Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 791-800.
 22. De León C y García M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencias Psicológicas*. 2016; 10(2): 119-127. DOI: dx.doi.org/10.22235/cp.v10i2.1245.
 23. Hutz C y Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*. 2011; 10(1): 41-49.
 24. Burges J, Ruschel D y Dalbosco D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*. 2010; 15(3): 395-403.
 25. Meurer ST, Luft CB, Benedetti TR, Mazo GZ. Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. *Motricidade*. 2012; 8(4): 5-15. DOI: 10.6063/motricidade.8(4).1548
 26. Jurado D, Jurado S, López K y Querevalú B. Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2015; 5(1).
 27. Cogollo Z, Campo-Arias A y Herazo E. Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*. 2015; 9(2), 61-71.
 28. Ceballos-Ospino G, Paba-Barbosa C, Suescún J, Oviedo H, Herazo E y Campo-Arias A. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*. 2017; 15(2): 29-39. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.vdea
 29. Gómez-Lugo M, Espada JP, Morales A, Marchal-Bertrand L, Soler F y Vallejo-Medina P. Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *Span J Psychol*. 2016; Oct 14; 19:E66. DOI:10.1017/sjp.2016.67
 30. Bocanegra A. Autoestima y depresión en un grupo de adolescentes huérfanos y no huérfanos de Lima. [Tesis licenciatura]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2017. <http://hdl.handle.net/10757/621906>
 31. Castañeda A. Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana. [Tesis licenciatura]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013.
 32. Reise S, Kim D, Mansolf M y Widaman K. Is the Bifactor Model a Better Model or is it Just Better at Modeling Implausible Responses? Application of Iteratively Reweighted Least Squares to the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Multivariate Behav Res*. 2016; 51(6): 818-838. doi:10.1080/00273171.2016.1243461
 33. Schmitt D y Allik J. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005; 89(4): 623-642. DOI: 10.1037/0022-3514.89.4.623
 34. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013. Vol. XXIX, Suplemento 1.
 35. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor.
 36. Robles, Y, Saavedra, J, Mezzich, J, Sanez, Y, Padilla, M y Mejía, O. Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2010; XXVI (2): 33-43.
 37. Sinclair SJ, Blais MA, Gansler DA, Sandberg E, Bistis K y LoCicero A. Psychometric properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: overall and across demographic groups living within the United States. *Eval Health Prof*. 2010; 33(1):56-80. doi: 10.1177/ 0163278709356187.
 38. Wongpakaran, Tinakon y Wongpakaran, Nahathai. A Comparison of Reliability and Construct Validity between the Original and Revised Versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig*. 2012;9:54-58. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.54>.