



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

EL TEMA DEL AUTOCONCEPTO Y SUS IMPLICACIONES EN LAS INVESTIGACIONES CLINICAS.

A. Polaino-Lorente.
Universidad Complutense.

INTRODUCCION.

La identidad personal ha sido desde antiguo una cuestión central en la Antropología Filosófica. El término identidad, a pesar de ser una abstracción, incide de forma importante en todo hombre. Como tal concepto designa la relación existente entre dos realidades que, siendo diferentes bajo ciertos aspectos, no obstante, se unifican según otros. Nada de particular tiene que un concepto así afecte al hombre, sometido como éste siempre está a las tensiones que derivan de la multiplicidad de su comportamiento y de la semejanza y desemejanza de sus efectos, percepciones, cogniciones, etc. a lo largo de su trayectoria biográfica.

A pesar de estas dificultades, todo hombre tiene conciencia de su identidad personal; es decir, se percibe a sí mismo como siempre idéntico, a pesar del cambio, cualquiera que sea la naturaleza de este último. La identidad personal se alza así como algo que es más fuerte que el cambio y que resiste a las vicisitudes de todos los cambios.

Adviértase que la identidad personal es negación de la división -y el hombre sano o enfermo, no tiene porqué sentirse dividido a no ser en ciertas alteraciones muy graves, como la esquizofrenia-, pero no supone la negación de la multiplicidad -y en el hombre hay siempre composición y, por consiguiente, multiplicidad. En mayor o menor grado la identidad personal se encuentra siempre realizada en el hombre, aunque siempre de un modo imperfecto. No obstante esta imperfección, hay que concluir que cada persona se percibe a sí misma como única y como una consigo misma (idéntica).

Es lógico que a lo largo de la historia muchos filósofos se hayan ocupado -como la mayor parte de los hombres- de conocer la identidad personal que subyace como escondida tras la diversidad sensible que refracta la composición humana, a través de los diversos modos de comportamiento. En cierto modo, el hecho de que este tema tenga tan larga historia en el marco filosófico, responde a ese vehemente anhelo de todo hombre por satisfacer su identidad personal.

En Descartes la identidad personal se vertebra en la coincidencia entre el yo y la actividad pensante. El yo es la síntesis entre el sujeto y el objeto, entre la cosa que piensa y la cosa pensada. Pero esa imperfecta identidad cartesiana, no incluye una cierta duda que el autor acaba por cuestionarse, al preguntar: ¿Soy el yo que medita o el yo sobre el que medito? ¿Soy el *ego* pensante o el *ego* del que yo, ser pensante, descubro la existencia?

En Wolff, la identidad del yo se confunde con el encadenamiento de hechos de la conciencia personal. De aquí que se escamotee el conocimiento del yo en el enmarañado fluir de los hechos de conciencia, hasta el extremo de escribir el autor citado que la parte de mi mismo que conoce el yo, es mi yo que no conoce el yo.

Hay otros muchos filósofos que también se han ocupado de este tema, pero que no citaremos aquí para no alargar más esta breve introducción.

El largo pasado filosófico sobre este tema, enlaza con la psicología racional de nuestro siglo, en la que se concibe el yo como una *unitas multiple*. La psicología racional distinguió entre el yo objeto (lo que se nos da en la experiencia interna) y el yo-sujeto (lo que está implícitamente en la intuición del yo-objeto y sólo podemos explicarlo por reflexión). Según esta aproximación, en la genética del conocimiento estaría el yo-objeto (primero, siento una cosa y después la conozco), y después vendría el yo-sujeto (primero siento que siento, y luego conozco que conozco). En realidad lo que se intuye es el yo-social, es decir el nudo conectivo en el que inciden todas nuestras relaciones y dimensiones sociales (paternidad, filiación, poder, estatus, roles representados, etc). El yo-personal, en cambio, constituye el conjunto de hechos objetivos -la experiencia vivida de uno mismo, que permiten al hombre representar su propia persona, en tanto que captación primordial de sí mismo por sí propio. El yo personal, en última instancia, deviene así en realidad egológica de donde procede toda la vida concreta del yo. Dicho de otra forma: el yo-sujeto junto con el yo-objeto no son más que dos dimensiones de una misma y única realidad, siendo el yo-sujeto *principium fontale* del yo-objeto. La presencialidad del yo a sí mismo (yo-sujeto) se capta en los actos que de él emanan (yo-objeto) y de los cuales sólo se distingue por abstracción, siendo el yo-sujeto un coprincipio con anterioridad ontológica sobre el yo-objeto.

En realidad, por debajo y por encima de nuestro pluralismo psicofuncional, el yo se capta a sí mismo al captar ese pluralismo como formando parte de esa realidad plural. Lo que posibilita en el hombre la identidad es precisamente el hecho de que nos reconozcamos como siendo los mismos, a pesar de todos los cambios y variaciones. La identidad del yo -como un hecho de evidencia empírica que es-, permite afirmar el pluralismo de la estructura constitutiva del ser humano, a la vez que niega la existencia del caos en esa estructura.

De aquí que junto a la identidad se señalen también como características del yo la unidad y la autonomía. La vivencia de unidad es posible por la convergencia de todos los actos y funciones humanas, que a pesar de su fugacidad y versatilidad son asumidos como propias por cada hombre concreto. Esta experiencia de la unidad ontológica no es contradictoria con el constitutivo de un ser del que fluye una pluralidad de estados, frente a los que se experimenta un cierto sentimiento de multiplicidad relativa.

La característica de la autonomía del yo se deriva de la experiencia de ese yo como origen o fuente de todos los procesos, actividades y funciones que voluntaria, espontánea o reactivamente realiza el sujeto. Esta identidad y unidad subjetual está varada en una realidad -la del propio yo-, a la que puede referirse y se refieren todos los hechos psíquicos de cada vida humana, de manera que tales hechos psíquicos devienen en hechos personales. Es claro, sin embargo, que la consciencia del yo no es consciencia de un yo puro autotransparente y autoreferente. La autoconciencia o consciencia del yo es siempre y forzosamente consciencia de un yo encarnado, es decir, consciencia de la heteroreferencia (del compuesto), a la vez que consciencia heteroreferida (del medio social en el que se vive y del que se forma parte). La consciencia del yo emerge de los referentes corporales y psicológicos del sujeto (ser biopsicológico), a la vez que del marco de referencias sociales (mundo).

Hasta aquí el acercamiento filosófico al tema de la identidad que, paradójicamente, reapareció en el contexto de la psicopatología, durante nuestro siglo, al concebirse la enfermedad mental como alienación y pérdida de la identidad personal. El tema de la identidad abandonó el ámbito filosófico para exiliarse en el contexto de la Psicopatología clínica. En este último, han hecho fortuna términos como el de *crisis de identidad*, que acaso por su empleo abusivo, hoy apenas significan nada desde un riguroso punto de vista psicopatológico. A su inicial ambigüedad significativa, se unió más tarde la sustitución del ser por el aparecer, en el hombre contemporáneo. Hoy más que luchar por la robustez de la identidad personal se pelea por conquistar, por autoconstruirse una nueva imagen de sí mismo, a pesar de que obviamente la nueva imagen conquistada pueda acabar por moldear y reconfigurar el ser que se es. La apariencia -la imagen o representación de uno mismo- sustituye al ser, a lo que se es, que tras esta pirueta queda subsumido en el aparecer, siendo por él moldeado. Y esto sí que puede tener una consistencia psicopatológica mayor que la mera *boutade* de las denominadas, hace dos décadas, crisis de identidad.

Por todo ello parece precisa la investigación de la patología de la identidad, un importante tema sobre el que apenas existe literatura disponible, a pesar de ser una de las cuestiones más apasionantes para el hombre. Pero dejemos aquí asentadas estas afirmaciones y continuemos ocupándonos del problema de la identidad.

En el ámbito de la psicología, la identidad ha ocupado un papel relevante en el último siglo, aunque con muchas fluctuaciones y con la introducción de una pluralidad de conceptos que de una u otra forma, con mayor o menor fortuna, sustituyeron al término de identidad.

Fue William James (1980) el que inicialmente, desde una perspectiva psicológica, se ocupó del tema de la identidad. En sus *Principios de Psicología* dedicó un capítulo al problema del *self* (sí mismo). James distinguió tres tipos de self: el material (que hacía referencia al cuerpo y a las pertenencias), el espiritual (que incidía sobre las emocio-

nes y los deseos) y el social (consistente en la percepción de los juicios y calificaciones ajenas sobre sí mismo). En esta perspectiva el yo no era otra cosa que la unidad y síntesis de los tres anteriores.

Posteriormente el tema se abandona acaso por influencias del conductismo, que consideraba a ese término como un concepto elusivo que no podía ser estudiado experimentalmente, ya que era excesivamente subjetivo, imposible de definir operacional y funcionalmente, resistente al establecimiento de hipótesis que pudieran verificarse o falsearse y no susceptible a la réplica experimental. Así las cosas, su estudio se abandona hasta el período de entre guerras en que Rosemberg (1940) realiza las primeras investigaciones empíricas.

AUTOCONCEPTO: GENERALIDADES, CARENCIAS Y ACIERTOS.

El autoconcepto es uno de los términos más empleados en la actualidad -junto a otras como la autoestima, autoimagen, autopercepción, autoconciencia, etc.- para referirse a la identidad personal de que anteriormente se ocuparon los filósofos. En la actualidad puede afirmarse que el autoconcepto constituye, a juzgar por el extenso número de publicaciones que ha generado, uno de los temas de la psicología cognitiva que están en la cresta de la ola.

Antes de su actual protagonismo, hemos de reconocer la deuda contraída con las teorías psicoanalíticas que a partir de Freud y de otros muchos autores (Mead, 1934; Rogers, 1951; Combs, 1954; Sarbin, 1952; Sullivan, 1953, etc). sirvieron de puente, enlazando la tradición filosófica con su reformulación contemporánea por la psicología cognitiva.

El autoconcepto (*self-concept*), ha ido apareciendo en la literatura contemporánea de manos de muy diferentes autores, cada uno de los cuales enfatizaba una determinada dimensión.

Así, por ejemplo, Rogers (1951) vinculaba el autoconcepto a la percepción de determinados valores que estaban llamados a desempeñar una importante función en el proceso de autorrealización y, a su través, en el autocontrol consciente del comportamiento. Para Combs (1954) el autocontrol estaba vinculado a la significación psicológica del conjunto de percepciones que una persona tiene de sí misma en diferentes áreas, funciones o temas. Esas percepciones, organizadas de manera más o menos consciente y configuradas a través de diversas experiencias (corporales, verbales, sociales, etc.), convergían en las génesis del autoconcepto. De este modo, el autoconcepto hundía sus raíces en el ámbito perceptivo y jugaba un papel determinante en la regulación de la propia conducta, fundando la identidad personal.

Para Mead (1934) el autoconcepto es principalmente un resultado de la interacción social: la interiorización del modo en que los demás nos perciben. El *self* es simultáneamente el reactivo de las percepciones de los otros, y el resultado de ellas. En esta perspectiva, el autoconcepto no sería otra cosa que el resultado de la imitación y adecuación de nuestro comportamiento, de manera que éste sea adaptativo y ajustado, a las heteropercepciones que los demás tienen y manifiestan de nosotros mismos. Este mismo acercamiento fue reformulado más tarde por Sarbin (1952), quien entendió el autoconcepto como un sistema multidimensional, jerárquicamente organizado e influido por los procesos de socialización, como consecuencia del aprendizaje social. Aquí el autoconcepto y el yo-social coinciden, a la vez que se confunden los roles sociales y el *self*.

Para Allport (1943), el autoconcepto aparece vinculado a la conciencia. Autoconcepto y *proprium* coinciden, entendiéndose éste como la autoapropiación consciente de sí mismo, a través de la autoestima, el autoconocimiento, las propias necesidades, la ejecución de tareas, etc. Sullivan (1953) lo hace depender también de los roles sociales, configurándolo como resultado de un modelo interaccionista, cuyo principal factor configurador y de modelamiento es la deseabilidad social.

Aunque muchos de estos autores apuntan y señalan una estructura cognitiva, sobre la que descansaría el autoconcepto, ésta sin embargo es concebida como función independiente de los roles que el sujeto desempeña.

Sin embargo, son muy escasas las investigaciones de la Psicología evolutiva respecto a la génesis y desarrollo del *self*. Cada autor subraya una dimensión o función, como más preponderante en la génesis del *self*. Así, algunos insisten en la importancia de la corporalidad (esquema corporal); para otros lo preponderante es lo perceptivo y actitudinal (el modo como se percibe el sujeto y las actitudes que tiene respecto de sí mismo). Unos insisten más en los aspectos genéticos reactivos-interactivos (percepción de cómo es percibido por las personas que considera más significativas y relevantes); otros, en cambio, insisten más en los aspectos interpretativos y culturales (la hermenéutica que el sujeto hace de sí mismo, en función del sexo, clase social, contexto ambiental, etc.).

Sin embargo, muy poco sabemos de cuál es el desarrollo del autoconcepto en las distintas etapas evolutivas, como también ignoramos cómo pasa el *self* de la mera experiencia perceptiva al autoconcepto, es decir, cómo se forma el concepto del autoconcepto (Samuels, 1986; Harter, 1986; Fend y col., 1985).

Es cierto que las influencias sociales, la historia social del sujeto, los éxitos y fracasos que haya tenido, etc., de seguro que han de influir en el autoconcepto. Pero no es menos cierto que el conocimiento realista de los propios límites, el nivel de aspiraciones que se tenga o el sistema de valores por el que se opte han de incidir también en su génesis y desarrollo (Marsh, 1985; Markus y col., 1987; Nurius y col., 1986).

Otros investigadores vinculan el autoconcepto y la autoimagen. Según esto, la auto-percepción generaría una autorepresentación o imagen de sí mismo, de la que se derivaría el autoconcepto. Ahora bien, la imagen que se tiene de uno mismo es una representación icónica, mientras que el autoconcepto es una representación simbólica. Y no se acaba de entender cómo se salta de lo icónico a lo simbólico, de la autoimagen al autoconcepto.

Por último, el empleo de diferentes términos, como si fuesen equifuncionales o sinónimos, viene a confundir todavía más lo que significa el autoconcepto. Este es el caso de términos como autoaceptación, autoeficacia y autoestima.

Según parece, la autoaceptación supone una valoración objetiva y realista de uno mismo, por cuya virtud uno se acepta como es. Esta denominación ha sido identificada con la autoposesión que se logra en la madurez, tras el conocimiento de uno mismo, a través de las mil experiencias biográficas.

El término autoeficacia (*self-efficacy*) ha hecho fortuna desde que lo introdujera Bandura (1977), para significar el juicio acerca de las propias habilidades, consecuciones y resultados. Este término se vinculó en su inicio con las experiencias de aprendizaje social, confiriendo una gran importancia al aprendizaje discriminante de las respuestas ajenas, en relación con uno mismo. Pero en la actualidad, la autoeficacia a su vez depende de muchas variables como, por ejemplo, la motivación, el nivel de aspiraciones, las expectativas del sujeto, el *feed-back* que recibe en su interacción social, el estilo cognitivo, el *locus* de control, el estilo atribucional, etc.

De todos los términos usados en la actualidad, el que suele emplearse en el 90% de las publicaciones disponibles es el de autoestima (*self-esteem*), como ha señalado Ostrow (1982). La autoestima ha sido explicada como un cierto acuerdo existente entre el yo-real y el yo-ideal (Beane y col., 1980; Dickstein, 1977). Desconocemos si la autoestima es una elaboración más dependiente de la afectividad que de la percepción o viceversa. Por otra parte, este concepto acaso implique una actividad judicativa y cognitiva que va más allá de lo perceptivo y afectivo. Además, en la autoestima también está implicada la deseabilidad social, la satisfacción/frustración personal, el sentimiento de seguridad que se tenga de sí mismo (lo que otros autores denominan "fuerza del yo"), etc. Algunos sostienen una difícil distinción entre autoconcepto y autoestima. Quienes así piensan identifican el autoconcepto con la autopercepción de los atributos y los rasgos personales, mientras que consideran a la autoestima como el resultado de la valoración que realiza el sujeto de sus propias autopercepciones. Ahora bien, si la autoestima se entiende como el resultado de una autovaloración, las cosas no son tan sencillas como parecen. En toda persona hay errores y sesgos a la hora de autoevaluarse, no siendo infrecuente la sobreestimación de unas cualidades, mientras se desestiman o infraestiman otras. De otra parte, ninguna autoevaluación opera en el vacío, sino que un factor relevante para la autoevaluación es la percepción por parte del sujeto de las evaluaciones

heteroevaluaciones) que los demás hacen y manifiestan acerca de ese sujeto. Dicho de otra forma: la autoevaluación y la heteroevaluación son separables y distinguibles, pero una y otra están recíprocamente implicadas pudiendo haber coincidencias y discrepancias entre ellas, tanto en temas diferentes como en lo relativo a los mismos temas. Además, en las heteroevaluaciones acontecen errores y sesgos perceptivos -como han demostrado las investigaciones de percepción social-, tanto o más importantes que los que acontecen en el proceso de autoevaluación.

A pesar de esta complejidad de cuestiones todavía no resueltas, en las investigaciones contemporáneas suele evaluarse el autoconcepto en función de los resultados que se obtienen en los instrumentos que evalúan la autoestima.

Esta cuestión -que podríamos calificar como isomorfismo evaluador impropio- resulta crítica, puesto que el autoconcepto no es reductible, en ningún caso, a la autoestima, a no ser que admitamos como válido, desde un punto de vista metodológico y procedimental, tomar la parte por el todo.

De otro lado, se enfatiza mucho, acaso demasiado, la bondad de la autoestima personal en las investigaciones clínicas. Hasta cierto punto -sólo hasta cierto punto-, es lógico que esto sea así. Pero no se olvide, que hay también una patología consistente precisamente en una manifestación patológica por exceso de la estima personal. Me refiero concretamente a lo que sucede en las fases maníacas de la psicosis maniaco-depresiva, o sencillamente, a lo que ocurre en el narcisismo. De aquí que ciertas investigaciones contemporáneas del autoconcepto en contextos clínicos y pedagógicos, en las que aquél se evalúa en función de la autoestima, puedan considerarse hasta cierto punto como sospechosas.

En otras investigaciones contemporáneas se insiste en la eficacia generada por diversos procedimientos modificadores (administración de *feed-back* positivo, programas autoinstruccionales, aprendizaje observacional, juego de roles, moldeamiento, reestructuración cognitiva, etc.), para cambiar el autoconcepto negativo y sus consecuencias. Según parece, muchas de esas estrategias están resultando eficaces y pueden y deben seguir empleándose en el ámbito clínico. Pero conviene no olvidar que es todavía mayor lo que ignoramos que lo que sabemos acerca del autoconcepto. Por ejemplo, desconocemos si el autoconcepto es algo estable o transitorio, situacional o disposicional, dependiente o independiente de las críticas sociales, resistente o vulnerable frente a la ansiedad social, sumiso o rebelde respecto de la deseabilidad social, consistente o versátil respecto de las diferencias temáticas. Estas cuestiones debieran resolverse previamente a evaluar la eficacia terapéutica y/o modificadora que supuestamente se confiere a las estrategias y procedimientos con que se trabaja.

Desconociéndose como se desconoce cuáles son los procesos, funciones, factores y componentes que intervienen en la génesis, desarrollo y estabilidad del autoconcepto,

resulta muy difícil acertar a configurar un paquete de estrategias modificadoras que específicamente incidan en los atributos y rasgos del autoconcepto que se desean modificar.

En esos programas habría que tener en cuenta muchos más factores de los que habitualmente se valoran. Me refiero, por ejemplo, a la selección de objetivos y metas diseñadas en función de las habilidades y sesgos del sujeto, de manera que se magnifiquen sus habilidades componentes y se minimicen sus déficits; a los programas para el cambio de los estilos atribucionales, en función, de los sesgos inferenciales presentes en el sujeto y de los que depende la estructuración cognitiva del autoconcepto; al empleo de la evaluación por iguales y a las psicoterapias de grupo, en función de la mayor o menor relevancia que para el sujeto tienen los juicios de las personas que constituyen el grupo terapéutico; a la programación de autoinstrucciones de reentrenamiento autoperceptivo y autocognitivo, en función de que los niveles de logro diseñados sean o no adecuados; a los programas de autoobservación y autoreforzo, en función de los sesgos perceptivos presentes en el sujeto; etc.

No, a lo que parece, no disponemos de una definición rigurosa y bien establecida de lo que entendemos por autoconcepto. Para algunos el autoconcepto consiste en una estructura sistemática de conceptos consistentes y estables, jerárquicamente ordenados. Según esto, las diversas experiencias se elaborarían categorialmente y, tras estructurarse de forma jerárquica, constituirían un estilo perceptivo peculiar y eficaz para configurar establemente el autoconcepto.

Para otros autores, el autoconcepto sería un concepto multidimensional unitario que integra varios subsistemas (corporal, social, etc) y que se modifica con la experiencia, como organización dinámica que es.

Nada se afirma de cómo se organizan los datos de esa experiencia: si ésta se organiza tal cual es (*in nuce*), o bien desde el *a priori* perceptivo, o tal vez desde *el a posteriori* de la deseabilidad social y de la satisfacción de las necesidades personales para que al fin la conducta social resultante sea adaptativa, obtenga el reforzo deseado y se incremente la autoestima. Entendido el autoconcepto así, como algo procesual y organizativo, que gobierna y dirige la conducta orientándola hacia la acción, parece lógico que conozcamos previamente cómo se organiza, de dónde provienen y a dónde se encaminan los datos de la experiencia.

A pesar de que algunos autores consideran el autoconcepto como un mero constructo y no como un concepto multidimensional unitario, el hecho es que en él intervienen muy distintas dimensiones, cuyo peso específico es muy diferente, además de implicarse unas con otras.

Algunos hacen depender el autoconcepto de un *self-principio* que sería quien organizara las percepciones, ya que si éstas no están organizadas no pueden denominarse propiamente percepciones.

Para otros el autoconcepto dependería del *self-resultado*, que no sería sino el residuo que dejan nuestras percepciones, sentimientos, acciones, expectativas, etc., por cuya virtud nos constituimos en lo que somos, haciéndonos percibir y sentir lo que percibimos y sentimos.

Ambas opciones resultan contradictorias por estar radicalmente enfrentadas entre sí. La primera subraya el polo perceptivo en la génesis del autoconcepto; la segunda, en cambio, opta por subrayar las influencias ambientales. La primera opta por un yo *a priori* y fontal, que desde el modo en que percibe condicionaría nuestra forma de actuar y la génesis del autoconcepto; para la segunda, por contra, el yo sólo es un residuo que estaría al final de la acción, configurándose y constituyéndose con los resultados que de ésta derivan.

Probablemente entre una y otra opciones exista un término medio que, curiosamente, es el que tiene mayor alcance explicativo del autoconcepto, dado que ni una ni otra de las anteriores opciones son constructos con validez predictiva para el comportamiento humano.

EL AUTOCONCEPTO Y SUS IMPLICACIONES EN LAS ACTUALES INVESTIGACIONES CLINICAS.

Cualquier lector que hasta aquí me haya seguido considerará no sin razón, que el tema del autoconcepto es tan proteicamente complejo que muy difícilmente puede ser eficaz en el ámbito de la investigación clínica.

A pesar de que hay motivos para pensar así, no obstante, hay datos disponibles en la investigación contemporánea que manifiestan exactamente lo contrario. Esta última afirmación puede parecer paradójica, aunque, sin embargo, no lo sea. Lo ideal sería que el conocimiento del autoconcepto fuera tan preciso y tan rigurosamente establecido que su aplicabilidad en el contexto pedagógico y clínico fuera algo inmediato y de una eficacia probada. Pero las cosas no suelen ser así. Muchas de las estrategias y de los procedimientos de intervención -incluso de los fármacos que hoy se emplean salvando muchas vidas- no se ha agotado su conocimiento e incluso no se conocen suficientemente, a pesar de lo cual continúan siendo eficaces.

En las líneas que siguen, me limitaré a pasar revista a algunas de las aplicaciones clínicas y pedagógicas en las que la investigación sobre el autoconcepto ha resultado ser relevante y beneficiosa.

1. Enfermedad y autoconcepto.

Cualquier enfermedad infantil, de determinada duración, forzosamente ha de modificar el desarrollo social y cognitivo del niño. Tanto el desarrollo cognitivo como la competencia social son términos que de una u otra forma inciden sobre el autoconcepto. Si la enfermedad supone una interrupción de las tareas de aprendizaje, restringe el ámbito de las relaciones sociales y/o deja algunas secuelas o produce alguna incapacidad o déficit cognitivo, es obvio que el autoconcepto tendrá que modificarse en algún sentido. Se ha probado que muchas enfermedades, aunque no sean crónicas, alteran las expectativas del sujeto, disminuyen su nivel de aspiraciones, dificultan su adaptación social al medio y decrecen el rendimiento escolar, todo lo cual disminuye la competencia y autoeficacia del sujeto, factores en los que en cierto modo se asienta el autoconcepto.

En los niños crónicamente enfermos se ha demostrado una disminución de la autoestima, un aumento de su dependencia afectiva y un incremento de su aislamiento social. Estos factores posibilitan que el niño disminuya su exposición a la aprobación y los refuerzos sociales, se resienta su autoeficacia y acaben por autovalorarse más negativamente que antes de la enfermedad.

La enfermedad crónica impone restricciones que limitan las oportunidades de la interacción social. Si a ello se añade alguna alteración en la imagen corporal y/o alguna minusvalía física producidas por la enfermedad, es lógico que la capacidad de autonomía del niño no se desarrolle.

Viney (1983) ha introducido el término de "*images of illness*" para designar las alteraciones de la imagen corporal que el propio niño enfermo se autoconstruye, en función de la enfermedad que padece. Esta autoimagen suscita ciertos sentimientos, entre los que más frecuentemente se encuentran la inseguridad, la ansiedad, la depresión, el aislamiento y el temor.

Cualquiera que sea el impacto de la enfermedad sobre el esquema corporal del niño, el hecho es que las modificaciones que en éste se producen acaban por configurar o modificar el autoconcepto que el niño tiene.

Tanto Rutter (1979), como Dahlquist (1986) han demostrado que la hospitalización modifica de forma notoria el comportamiento infantil. En toda hospitalización se separa al niño de su familia, a la vez que se le exige una adaptación a un ambiente nuevo que acaso el niño perciba como amenazante. La privación de estímulos familiares alterará su conducta de apego, generando consecuencias comportamentales y en la estructuración de su personalidad, de mayor a menor alcance.

Muchas de las investigaciones disponibles, realizadas en estos últimos años, demuestran que en los niños hospitalizados las alteraciones más frecuentes son la ansiedad y

la depresión (Rutter, 1979; Markus, 1981; Gotlib, 1982; Bason y col., 1985; Kuiper, 1985; Pietromonaco, 1985; Cavanaugh, 1986 y Lahlkuist, 1986).

Eason y col. (1985) estudiaron los efectos de la hospitalización en niños cancerosos, diabéticos, hiperténsicos, hemofílicos, con enfermedades dermatológicas, etc.

En muchos de ellos pudo evidenciar la presencia de la ansiedad de separación. Estos resultados son coincidentes con los encontrados por Rutter (1979) y por Werry (1979). El primero de ellos demostró que la ansiedad de separación variaba en función del stress padecido por el niño como consecuencia de la hospitalización, de las dificultades que encontrara para instaurar nuevas conductas de apego con el personal hospitalario y del modo en que percibiera el ambiente hospitalario.

Werry (1979), demostró que el período más crítico y nocivo para la hospitalización infantil es el comprendido entre los seis meses y los cuatro años de edad.

2. Conducta celotípica y autoestima.

La persona celosa -sean los celos patológicos o no- han sido descritas como personas dependientes, inseguras y con una baja autoestima (O'Neill, 1972; Mathes, 1981 y White, 1981). Según esto la inseguridad haría a las personas más susceptibles frente a la amenaza de perder a las personas que aman, en donde se originaría el comportamiento celoso. Como se recordará, la evaluación de la autoestima continúa siendo en el presente una de las formas más frecuentemente empleada para evaluar el autoconcepto. Los celos, siguiendo esta aproximación comportamental, han sido definidos por Clanton y col. (1977), como la emisión de una respuesta negativa, frente a una amenaza real o imaginaria resultante de la actual o potencial pérdida de un compañero íntimo.

En principio, la conducta celosa tendría una relación contradictoria respecto de la autoestima, pues, de una parte, difícilmente se puede ser celoso si no es lo suficientemente baja la autoestima como para sentirse preterido o preferido a otro. Pero a la vez, sin una alta autoestima, el comportamiento celoso no se alimentaría y perpetuaría.

De aquí que se haya estudiado la conducta celotípica en relación con la autoestima. Para ello se ha empleado la *Interpersonal Jealousy Scale* de Mathes y col. (1981).

Los resultados encontrados son más bien contradictorios. White (1981 a y b) encontró correlaciones negativas entre la autoestima y la conducta celotípica. O'Neill (1982), por su parte, no encontró ninguna correlación entre autoestima y conducta celotípica. Stewart y col. (1985) encontró que los celos están negativa y significativamente correlacionados con la autoestima, en un estudio realizado con 192 estudiantes.

Por el momento, nada puede concluirse de estas interesantes investigaciones. Es posible que los resultados hallados sean contradictorios porque dichas investigaciones se llevaron a cabo entre estudiantes y no entre enfermos paranoicos. Sin embargo, estos intentos pueden ser eficaces, puesto que en la actualidad desconocemos todavía cuál es el modo en que incide el comportamiento paranoico en el autoconcepto personal. Es posible que si la relación existente entre autoestima y comportamiento celotípico es estable y significativa, tal vez pueda influirse en dicho comportamiento, a través, por ejemplo, de la reestructuración cognitiva del autoconcepto en el sujeto. Lo más probable es que el comportamiento paranoico o celotípico patológicos no cambien con sólo estos procedimientos de intervención. Pero es también muy probable que muchas conductas celotípicas reactivas o producidas por un desarrollo anómalo de la personalidad -que no pueden incluirse estrictamente en la nosología psiquiátrica- sí que pueden modificarse a través de la reestructuración cognitiva del autoconcepto.

3. Autoestima, delincuencia y rendimiento escolar.

Otro ejemplo clínico en el que la investigación del autoconcepto puede ser ventajosa, es el ámbito de la delincuencia infantojuvenil y el fracaso escolar. Según parece, la delincuencia infantojuvenil y el escaso rendimiento escolar (o el fracaso escolar) parecen estar relacionados, hasta el punto de recobrar el uno en el otro y recíprocamente potenciarse.

En el ámbito pedagógico apenas si existe literatura disponible sobre la evaluación del autoconcepto en niños con fracaso escolar. No obstante, algunos investigadores (Carver y col., 1983; Maruyana y col., 1981 y Battle, 1980) han probado que existe relación entre la autoestima y la delincuencia y la autoestima y los logros académicos.

En un trabajo más reciente de Richman y col. (1984) se estudió la conducta maladaptativa de los sujetos a través del *Psychological Screening Inventory* (PSI; Lanion, 1973) y del *Depression Adjective Checklist* (Lubin, 1967), en relación con la autoestima evaluada a través del *Self-Esteem-Scale* (Rosemberg, 1965) y el *Piers-Harris Children's Self Concept-Scale* (Piers, 1969).

El PSI se compone de tres subescalas, encaminadas a evaluar la alineación, el malestar y el inconformismo.

Sintetizó a continuación los resultados obtenidos por Richman y col. (1984):

1. Las puntuaciones en alineación correlacionaron negativamente con las puntuaciones en autestima.
2. Se encontró una fuerte inversión en la relación entre autoestima y conducta maladaptativa.

3. La baja autoestima pudo ser considerada en todos los sujetos como un indicador del comportamiento desadaptado.

4. En la subescala de malestar (ansiedad, fatiga, sintomatología somática y disminución de habilidades sociales) las puntuaciones obtenidas estaban inversamente relacionadas con las puntuaciones obtenidas en la autoestima.

5. Las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión correlacionaron inversamente con las puntuaciones obtenidas en la autoestima.

6. El comportamiento delincente correlacionó con la baja autoestima.

7. La baja autoestima no correlacionó con un solo problema interpersonal, sino con múltiples problemas interpersonales.

8. La baja autoestima en las chicas correlacionó positivamente con las puntuaciones obtenidas en las subescalas de alienación (insatisfacción afectiva, suspicacia, hipersensibilidad y pérdida de control) y de inconformismo social (impulsividad, desprecio por la ley, problemas de disciplina y conducta psicopática). Por contra, la alta autoestima no correlacionó con los dos años indicadores anteriores de desajuste comportamental.

9. En las chicas de clase social alta, la baja autoestima sólo correlacionó positivamente con depresión y abuso de narcóticos.

Según los resultados obtenidos en esta investigación la alta o baja autoestima depende fundamentalmente del comportamiento de los padres y de la clase social a la que se pertenece.

Como puede advertirse los anteriores resultados sí que pueden ser de mucha utilidad en sus aplicaciones clínicas al ámbito de la delincuencia infantojuvenil.

4. Depresión y autoconcepto.

Ciertamente el estudio de la depresión en relación con el autoconcepto es uno de los temas en el que más intensamente se ha investigado en el último lustro.

En general se admite -probablemente por los modelos cognitivos de la depresión, muy extendidos desde finales de la década de los setenta-, que la depresión sería una consecuencia de las cogniciones depresivas, es decir de los esquemas, inferencias y atribuciones que el depresivo hace sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Abramson y col., 1978; Alloy, 1982; Beck, 1976, etc).

En lo que aquí importa, las anteriores hipótesis podrían sintetizarse afirmando que es el autoconcepto negativo del sujeto el que reobrando sobre las percepciones, sentimientos, recuerdos, etc. lo que hace que se perpetúe la sintomatología depresiva. Lógicamente lo que acabo de decir es una reducción simplificadora, por cuanto que el tema de la depresión ha sido acometido desde teorías y funciones cognitivas muy diferentes en los últimos años.

Así, por ejemplo, los investigadores de la memoria, en relación con la depresión, sostienen que en el depresivo hay un sesgo en las estrategias que emplea para recuperar la información, evocando más fácilmente los contenidos negativos que positivos. En este mismo sentido, otros autores sostienen que esas alteraciones en la memoria de los depresivos se deben al modo de procesamiento de la información que emplean: un procesamiento de tipo semántico más profundo para los contenidos depresivos, frente a un procesamiento fonemático y más superficial respecto de los contenidos no depresivos.

Otros autores enfatizan más la función perceptiva, como responsable de los sesgos depresivos. Según esto, los deprimidos afinarían selectivamente sus percepciones frente a cualquier información o estímulo que vaya impregnado de una tonalidad afectiva de tipo depresivo. Desde esta perspectiva un punto fundamental sería la saliencia estimular afectiva de la información que recibe el deprimido. Dicho de otra forma: el depresivo focalizaría su atención especialmente en los afectos, de manera que atendería más espontánea y profundamente a los estímulos, en función de la naturaleza afectiva de sus cogniciones y conductas, desentendiéndose de los otros contenidos informáticos que no vayan impregnados con esta tonalidad afectiva.

Para otros (Simon, 1983), la clave está en que el depresivo organiza, clasifica y categoriza la información, según autoestructuras cognitivas en las que están fuertemente implicadas las categorías afectivas. Es decir, toda la clasificación, organización, categorización y comprensión de la información que llega al depresivo, se realiza en función de ese sesgo afectivo.

Por contra, el no depresivo categoriza la información y la clasifica respecto a sus temas que hacen referencia a sí mismo, sin que forzosamente lo haga en clave afectiva. El sujeto no deprimido no desciende su umbral, como el depresivo, únicamente para las tematizaciones afectivas; no organiza la información según autoestructuras en clave afectiva y tiene una mayor flexibilidad cognitiva, de manera que dispone de una variabilidad mayor de constructos y de procesos con información autorrelevante no tematizada en clave afectiva. En síntesis, el sujeto no depresivo dispone de un mayor rango informativo respecto del *self*, organiza la información según autoestructuras más complejas sin privilegiar lo afectivo y, en consecuencia, distingue y discrimina más refinadamente entre los diversos contenidos informativos.

En cambio en los depresivos, durante el proceso de *screening* informativo -sólo bueno/malo-, se activan las categorías afectivas, por cierto muy accesibles y disponibles, interpretando y analizando desde ellas la información que sobre el *self* les llega. De este modo las categorías afectivas privilegian, a la vez que sesgan, tanto la comprensión de la información que les llega como las elecciones que desde aquella posteriormente realiza.

Mediante este proceso de etiquetado, puede obtenerse un indicador del tipo de categorización que realiza el depresivo. Así las cosas, el estudio de las autodescripciones puede ser útil para evaluar el contenido de las estructuras cognitivas depresivas, que son las últimas responsables del autoconcepto depresivo.

Una autoestructura cognitiva depresiva estaría determinada por el número completo de categorías que emergen en la autodescripción (*self*), a través del etiquetado que de sí mismo hace el sujeto.

Siguiendo estos procedimientos, Pietromonaco (1985) estudió 89 estudiantes universitarios, de ambos sexos, que habían obtenido una alta puntuación en el *Beck Depression Inventory* (DBI).

A lo largo de un minucioso estudio, el autor estudió la elección de los adjetivos que emplearon los estudiantes para autodescribirse, los efectos de la depresión sobre la autopercepción, el modo como categorizaban los adjetivos elegidos en esas autodescripciones (categorización de la información) y el modo de etiquetar las categorías autodescriptivas (etiquetado de las categorías).

No es este el momento de comentar las numerosas y complejas etapas enriquecedoras de la investigación de Pietromonaco. Baste al lector con la síntesis de los resultados que a continuación se ofrecen:

1. Los depresivos se autodescribieron en función de una temática predominantemente afectiva, eligiendo adjetivos que les calificaba así en función de sus afectos negativos. En función de esos mismos afectos asignaron el correspondiente etiquetado negativo a sus categorías autodescriptivas.

Por contra los sujetos no depresivos discriminaron más finamente según el contenido de las categorías elegidas para su autodescripción, reagrupándolas y distinguiéndolas más que los no depresivos a través de etiquetados no predominantemente afectivos.

2. Los depresivos inicialmente disparan su sensibilidad tanto para sentimientos positivos como negativos, asociando a unos y otros con la información autoreferente que reciben. Los sujetos deprimidos cuya puntuación en el BDI era muy alta (de 15 a 28) disminuían su sensibilidad para los sentimientos positivos y estabilizaban su sensibilidad para los sentimientos negativos, de manera que eran más estables en sostener un punto de vista negativo sobre sí mismos y elaboraban mejor dicha información.

3. El examen de los contenidos de las categorías autodescriptivas reveló en los depresivos que la negatividad impregnaba diferentes aspectos de las estructuras depresivas del self. En sujetos con puntuaciones medias dichas estructuras tienen contenidos positivos y negativos, que se categorizan también afectivamente pero que todavía, posteriormente, se diferencian y refractan temáticamente.

Cuando la intensidad de la depresión aumenta se incrementan también los sentimientos depresivos asociados a la información personal, que ahora son más accesibles (más fácilmente disponibles), reforzándose y acentuándose la localización depresiva sobre las implicaciones cognitivas y comportamentales afectivamente implicadas. El resultado de este proceso es que se estimula el desarrollo de estructuras del self en las que la información es representada y organizada, fundamentalmente, según el dictado o la clave de categoría exclusivamente tímica.

Por contra los sujetos no depresivos pueden hacer finas discriminaciones entre temas afectivos y otros temas en relación con los aspectos autoreferentes de la información que reciben. Esto quiere decir que en los no depresivos estos procesos cognitivos tienen la potencialidad de producir estructuras del self con múltiples representaciones de la información personal que reciben.

4. La mayor o menor importancia con que los afectos determinan la estructuración de la información autoreferente, parece depender de la intensidad y duración del episodio depresivo. En las depresiones de tipo medio el sujeto utiliza más categorías afectivas que los no depresivos, organizando la información que reciben de forma diversa. De donde se infiere que su autoconcepto es todavía versátil, inestable e inconsistente, es decir sin rigidificaciones ni fijismos. En cambio en las depresiones severas el sujeto organiza y representa la información que recibe del *self*, casi exclusivamente desde la clave de los sentimientos negativos con él asociados.

5. Respecto del etiquetado en cambio, las categorías para el etiquetado empleadas son más numerosas que los adjetivos negativos elegidos para autodescribirse (que son menos variables en su significado y más afectivamente cargadas). Sin embargo, los depresivos también emplean etiquetados positivos para agrupar a los adjetivos autodescriptivos positivos que han seleccionado. Este resultado sí cabría hacerlo chocar con la hipótesis del "realismo depresivo" defendida por otros investigadores.

6. A pesar de todos estos resultados, desconocemos todavía, porqué las propiedades bueno/malo de los estímulos que son relevantes para el self, adquieren tanta significación en los depresivos.

Es posible que la intensidad de la experiencia depresiva conduzca la atención de los deprimidos y la focalice y potencie sobre estos sentimientos, así como sobre el componente afectivo de sus circunstancias, conductas y pensamientos. Pero es también pro-

bable que los sentimientos negativos que acerca de ellos mismos experimentan establezcan una discrepancia todavía mayor entre cómo ellos actualmente se sienten y cómo a ellos les gustaría sentirse. De ser cierta esta segunda hipótesis la discrepancia o desgarradura abierta entre el *self* actual que ahora experimenta y el *self* ideal que tanto anhelan, les haga bucear en búsqueda de autoexplicaciones que les alivien y les satisfagan. Pero sucede que en esa búsqueda por resolver tal discrepancia, se encuentra siempre con sus sentimientos depresivos, a los que posteriormente atribuirán la significación más importante de cuanto experimentan. Dicho de otro modo: el cognitivismo depresivo postulado finalizaría en el timocentrismo depresivo, o mejor aún: el timocentrismo depresivo hundiría sus raíces en el autoconcepto depresivo (cognición). Hay trabajos experimentales que a pesar de su parcial alcance de alguna manera contribuyen a la verificación de las anteriores hipótesis. Así, por ejemplo las investigaciones de Nadich y col. (1975) y de Higgins (1983) sobre las discrepancias entre el *self-real* y el *self-ideal*; o los estudios sobre la atención de los depresivos de Alloy (1982) y de Smith y col. (1981).

A pesar de todo esto, no obstante, continuamos ignorando cómo se articulan y que tipo de relaciones existen entre sentimientos y cogniciones en los pacientes depresivos. Hasher y col. (1979) conceden una especial importancia al *arousal* emocional respecto de la conducta atencional depresiva. Pietromonaco y Markus (1987) ponen de relieve nuestra ignorancia acerca de si los depresivos procesan la información respecto de sí mismos, de idéntico modo a como procesa la información sobre otros temas; del mismo modo ignoramos también si su atención se vuelca preferentemente o no sólo sobre los estímulos que son relevantes para el *self*.

Desconocemos también si la focalización de la atención en los depresivos sobre sus sentimientos sucede automáticamente o no y con o sin mediación cognitiva (Zajonc, 1980).

En líneas generales, parece un reduccionismo no simplificador continuar sosteniendo que los pensamientos negativos son los únicos suscitadores de los afectos depresivos (Peterson y col., 1981; Manly y col., 1982). También desconocemos si son los afectos los que inicialmente influyen las cogniciones depresivas, o si éstas son alcanzadas como consecuencia de los mismos pensamientos negativamente autodirigidos (Beck, 1967).

En realidad tanto las cogniciones como la afectividad -sean éstas o no patológicas-, todavía hoy nos resultan relativamente desconocidas.

Sea como fuere, el hecho es que el viejo modelo timocentrista en la explicación de la depresión resulta hoy insostenible. Igualmente, el reciente modelo cognitivista para explicar la depresión, por el momento resulta también insatisfactorio.

No se olvide que trabajos recientes sobre la vulnerabilidad cognitiva del *self* como efectos de la depresión, conceden una gran importancia a otras muchas variables (habilidades sociales, interacción social, sobreestimación/infraestimación de tópicos negati-

vos y positivos, percepción social, *feed-back* informáticos positivos y negativos, etc.), que no han sido tenidas en cuenta por el modelo cognitivo de la depresión y que hasta ahora han sido muy poco estudiadas, con resultados muy poco satisfactorios (Kuiper, 1985).

Hasta tanto no se despejen todas estas numerosas incógnitas hay que concluir que efectivamente el autoconcepto hoy se nos ofrece como estando fuertemente implicado en las disfunciones que genera la depresión, aunque todavía no pueda establecerse ni el qué, ni el cómo se articula esa implicación -que esperamos sea recíproca- entre autoconcepto y depresión.

BIBLIOGRAFIA.

- ABRAMON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P., y TEASDALE, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- ALLOY, L. (1982 October). *Depression and social comparison: Illusory self or other perceptions?* Paper presented at the meeting of the society for Experimental Social Psychologists, Nashville, IN.
- ALLPORT, G. W. (1943). The ego in contemporary psychology. *Psychol. Rev.*, 50, 451-458.
- BANDURA, A. (1977). *Psychological Modeling*. Chicago: Aldine.
- BASON, (1985). "Over present knowledge about maniac depressive states in childhood". *Nerven Child*, 7: 316-333.
- BATTLE, J. (1980). Relationship between self-esteem and depression among high school students. *Perceptual and Motor Skills*, 51 (1), 157-158.
- BEANE, J. A., y LIPKA, R. P. (1980). Self-Concept and Self-Esteem: A Construct Differentiation. *Child Study Journal*, 10 (1), 1-6.
- BECK, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- CARVER, C. S., y GANELLEN, R. J. (1983). Depressions and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (3), 330-337.
- CAVANOUGH, S. (1986). Depression in the Hospitalized inpatient with various medical illness. *Psychotherapy Psychosomatics*, 45, 97-104.

- CLANTON, G., y SMITH, L. G. (1977). *Jealousy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- DAHLQUIST, L. M. (1986). Preparing children for medical examinations. The importance of previous medical experience. *Health Psychology*, 5(3), 249-259.
- DICKSTEIN, E. (1977). Self and Self-Esteem: Theoretical Foundations and Their Implications for Research. *Hum. Dev.*, 20, 129-140.
- EASON, L. J., FINCH, A. J., et al. (1985). The Assessment of Depression and Anxiety in Hospitalized Pediatric Patients. *Child Psychiatry and Human Development*, 16.
- FEND, H. y SCHROER, S. (1985). The formation of self-concept in the context of education systems. *International Journal of Behavioral Development*, 8, 423-444.
- HARTER, S. (1986). Cognitive-Developmental Processes in The Integration of Concepts about Emotions and the Self. *Social Cognition*, 4 (2), 119-151.
- HASHER, L., y ZACKS, R. T. (1979). Automatic and effortful processes in memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 356-388.
- HIGGINS, E. T. (1983). *A theory of discrepant self-concepts*. Unpublished manuscript, New York University.
- JAMES, W. (1890). *The principles of psychology*, vol. 1. New York: Holt.
- LAHLKUIST, (1986). "Assessment of childhood depression". *Am. Jr. of Diseases of Children*, 136: 132-138.
- LANYON, R. I. (1973). *Psychological Screening Inventory: Manual*, Goshen, NY: Research Psychologist Press.
- LUBIN, B. (1967). *Depression Adjective Check List (DACL)*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- MANLY, P. C., McMAHON, R. J., BRADLEY, C. F., y DAVIDSON, P. O. (1982). Depressive Attributional style and depression following childbirth. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 245-254.
- MARKUS, H., y SENTIS, K. (1981). The self in social information processing. In J. Suls (Ed.), *Social Psychological perspectives on the self* (pp. 41-70). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MARKUS, H. y NURIUS, P. (1987). Possible Selves: The Interface between Motivation and the Self-concept. In K. Yardley y T. Honess, *Self and Identity: Psychosocial Perspectives*. N. Y.: John Wiley Sons, Ltd.
- MARSH, H. W. Age and Sex Effects in Multiple Dimensions of Preadolescent Self-Concept: A Replication and Extension. *Australian Journal of Psychology*, 37 (2), 197-204.

- MARUYAMA, G., RUBIN, R.A., y KINGSBURY, G. G. (1981). Self-esteem and educational achievement: Interdependent constructs with a common cause? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40 (5), 962-975.
- MATHES, E. W., y SEVERA, N. (1981). Jealousy, romantic love, and liking: theoretical considerations and preliminar, scale development. *Psychological Reports*, 49, 23-31.
- MEAD, M., GARGAN, M., y MICHAEL, L. (1975). Denial, anxiety, locus of control, and the discrepancy between aspirations and achievements as components of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 84 (1): 9.
- NURIUS, P. S., y MARKUS, H. (1986). *The working self-concept: contextual variability within a stable self-system*. Unpublished manuscript, University of Michigan.
- O'NEILL, N., y O'NEILL, G. (1972). *Open marriage*. New York: Avon.
- PETERSON, C., SCHWARTZ, S. M., y SELIGMAN, M. E. P. (1981). Self-blame and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 253-259.
- PIERS, E. V. (1969). *Manual for the Piers-Harris Children's Self Concept Scale*. Nashville, TN: Counselor Recording Tests.
- PIETROMONACO, P. R. (1985). The Influence of Affect on Self-Perception in Depression. *Social Cognition*, 3, (1), 121-134.
- PIETROMONACO, P., y MARKUS, H. (1987). The nature of negative thoughts in depression. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- RICHMAN, C. L., BROWN, K. P., y CLARK, M. L. (1984). The Relationship Between Self-Esteem and Maladaptive Behaviors in High School Students. *Social Behavior and Personality*, 177-185.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- RUTTER, M. (1979). Separations experiences: A new look at an old topic. *The Journal of Pediatrics*, 95: 147-154.
- SAMUELS, C. A. (1986). Bases for the Infant's Developing Self-Awareness. *Hum. Dev.*, 29, 36-48.
- SIMON, K. M. (1983). *Goal setting and self-evaluative reactions: Effects of self comparison, social comparison, and mild depression on the judgmental process*. Unpublished manuscript. University of Notre Dame.
- SMITH, T. W., y GREENBERG, J. (1981). Depression and self-focused attention. *Motivation and Emotion*, 5: 323-331.

- STEWART, R. A. y BEATLY, M. J. (1985). Jealousy and Self-Esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 60: 153-154.
- SULLIVAN, H. S. (1953). *Interpersonal theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- VINEY, L. (1983). *Images of illness*. Malabar, Florida: R.E. Krieger Publishing Company.
- WERRY, J. S. (1979). Psychosomatic disorders, psychological symptoms, and hospitalization. En H. C. Quay y J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood* (2ª ed.). New York: John Wiley Sons, 134-184.
- WHITE, G. L. (1981 a) Relative involvement, inadequacy, and jealousy: a test of a causal model. *Alternative Lifestyles*, 4, 291-309.
- WHITE, G. L. (1981 b). Some correlates of romantic jealousy. *Journal of Personality*, 49: 129-147.
- ZAJONC, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35: 151-175.