



- ◆ 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)

Una introducción a la psicopatología de la autoestima

AQUILINO POLAINO-LORENTE
Catedrático de Psicopatología
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

En esta colaboración, el autor hace un análisis crítico del concepto de autoestima, tal y como se viene empleando en la actualidad, una vez que ha hecho fortuna cultural y su uso se ha generalizado. Se cuestiona también el alcance abusivo de su significado en el ámbito clínico y de la educación, así como se examinan con brevedad algunas de las dificultades encontradas en lo relativo a su evaluación.

Por último, se pasa revista a algunas de las manifestaciones psicopatológicas de la autoestima —que el autor agrupa en trastornos psicopatológicos menores y mayores—, sobre las que, paradójicamente, hay demasiado silencio en la literatura de divulgación disponible sobre este particular, a pesar de su relevancia en el contexto pedagógico y clínico.

Palabras clave: Autoestima, evaluación, psicopatología, educación.

Introducción

El término autoestima, qué duda cabe, está de moda. Sin embargo, es muy posible que su significado más profundo todavía no haya sido desvelado como merecería, y eso con independencia de que sea éste un concepto de muy amplia circulación social en la actualidad. Más aún, cuanto más frecuente sea su uso en el lenguaje coloquial, mayores posibilidades tiene su auténtico significado de pasar recóndito e ignorado para muchos. No deja de ser curioso que tal concepto venga empleándose en el ámbito de la psicología desde hace muchos años y que su uso generalizado sólo se haya hecho emblemático en las últimas décadas.

El término “autoestima” es la traducción del concepto “self-esteem” que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y de la personalidad. Como tal concepto denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma. De aquí su estrecha vinculación con otros términos afines (self-concept, “self-efficacy”, etc.), sin que apenas se haya logrado delimitar, con el rigor necesario, lo que cada uno de ellos significan.

Se ignora mucho acerca de cuál es la génesis y origen de la autoestima, así como de su desarrollo y los factores que contribuyen a ello en cada persona. En realidad, la autoestima tiene mucho que ver con el conocimiento personal, pero no sólo con ello. Así, por ejemplo, no parece aventurado admitir que las relaciones tempranas de afecto entre padres e hijos han de contribuir, en algún modo, a la configuración de la futura autoestima de la persona (Vargas y Polaino-Lorente, 1996).

Además, la estimación de cada persona respecto de sí misma no acontece en el vacío, no es fruto de una autopercepción solitaria y silenciosa, al estilo de la afilada introspección, sino que surge entreverada con la percepción que cada persona tiene del modo en que los demás le estiman. Es decir, que un referente obligado y necesario con el que hay que contar aquí es, precisamente, la estimación percibida en los otros (la estimación social) respecto de sí mismo. En este punto, es mucho más lo que se ignora que lo que se sabe.

Hay otros muchos ingredientes que también se concitan en la génesis y desarrollo de la autoestima. Este es el caso, por ejemplo, del “ideal del yo” de que se parte, por cuanto que es el modelo de persona que cada uno desea llegar a ser lo que tal vez se toma como criterio con el que compararse. Criterio que media y sirve de referente inevitable al modo en que uno se estima a sí mismo.

A su vez, ese modelo tampoco ha caído del cielo, sino que se construye y diseña con la inspiración de las personas relevantes a las que se ha conocido, las cuales a través de las relaciones interpersonales acaso suscitaron una cierta admiración, por lo que fueron elevadas a la categoría de modelos, que si no globales, sí que reflejan ámbitos al menos sectoriales, respecto de algunos de los rasgos y características que se desean alcanzar.

El conocimiento personal constituye, sin duda alguna, un obligado y principal referente de este concepto, por lo que jamás debiera omitirse. Pero acontece que, en la actual sociedad, la inteligencia se ha oscurecido y hay una cierta desconfianza acerca de ella. A esto puede haber contribuido —y no poco— la nueva formulación de la inteligencia según la clave de la “razón instrumental” o de la “razón afectiva”.

En efecto, la así llamada “inteligencia emocional” tiene mucho que decir a este respecto. Ahora bien, de ser así, ¿es que acaso no pueden formularse en términos parecidos otras funciones psíquicas?, ¿acaso no es posible referirse —una vez que se acepta el anterior concepto— a la emoción intelectual, a la memoria volitiva, al instinto inteligente?

La inteligencia y las emociones son, qué duda cabe, funciones psíquicas diferentes que pueden distinguirse entre sí, pero que necesaria y simultáneamente se concitan en el obrar humano.

Inteligencia y voluntad pueden disociarse, tal y como lo exige su estudio individualizado, pero no debe olvidarse que tal disociación es en cierto modo un artefacto, porque en la persona humana, donde las dos se concitan recíprocamente, ninguna de ellas puede organizar y dirigir la conducta de la persona en ausencia de la otra. Lo que sí cabe es que en ésta o en aquélla acción, la una se subordine a la otra, y/o viceversa.

Por contra, hay una opinión, hoy muy generalizada, que parece sostener que las capacidades cognitivas para obtener éxito han de estar como subordinadas a la emotividad. En definitiva, que lo que importa para alcanzar el éxito es echar mano del poderoso y robusto recurso que son los sentimientos. Quienes así opinan, se olvidan de que también los sentimientos deben estar naturalmente subordinados a las funciones cognitivas o, por mejor decir, a eso que se ha dado en llamar el mapa cognitivo de las emociones.

En el pasado, se desconfiaba de todo pensamiento que estuviera subordinado al emotivismo, por lo que un pensamiento así era automáticamente descalificado como “pensamiento visceral”, como mera “irracionalidad”. ¿Cuál de las dos opciones anteriores está más puesta en razón? ¿es que acaso la razón puede independizarse totalmente de la afectividad, por ejemplo, en la toma de decisiones o en la intelección de algo? ¿es que tal vez la persona humana puede actuar de forma sectorial y no unitariamente? ¿dónde acaban las emociones y dónde comienza la racionalidad?

En el fondo de estas hipótesis emergentes, una y otra vez vuelve a ponerse en el tapete la contraposición insoslayable —y un tanto artificial— entre “cabeza” y “corazón” o formulado de un modo más clásico, entre entendimiento y voluntad.

Recordando a los clásicos es preciso afirmar, hoy como ayer, que el objeto del entendimiento es la verdad y el fin de la voluntad es el bien, todo lo cual compete también en lo relativo a la autoestima. Pero bien y verdad son, en cualquier caso, aspectos de una misma realidad; como entendimiento y voluntad son facultades de una misma persona.

Por eso, cuando el entendimiento alcanza la verdad, ésta deviene en un cierto bien que es al mismo tiempo apetecido por la voluntad. De aquí que pueda hablarse respecto de la voluntad, del bien de la verdad y, respecto del entendimiento, de la verdad del bien. Ninguno está por encima del otro, sino que ambos atraen de un modo simultáneo. Aunque, eso sí, según las personas y las diversas circunstancias puede haber un relativo predominio del entendimiento sobre la voluntad, del querer sobre el conocer, o de la verdad sobre el bien, y eso con independencia de que el entendimiento y la voluntad no se equivoquen cuando el primero se perca-ta de lo que entiende como verdad y el segundo de lo que quiere como bien.

Otro ingrediente imprescindible, al que no siempre se da el necesario énfasis, es el propio cuerpo. No hay estima sin corporalidad, de la misma forma que no hay persona sin cuerpo. Pero la percepción de la corporalidad casi nunca es objetiva en la mayoría de las personas, sino que hay sesgos, atribuciones, comparaciones con los modelos impuestos por las modas, las cuales, en algunos casos, acaban por parasitar, confundir y/o tergiversar la estima personal hasta el ámbito de casi lo patológico, como sucede, por ejemplo, en el caso de la anorexia mental.

La autoestima además, es un concepto excesivamente versátil que, lógicamente, va modificándose a lo largo de la vida. Y ello no sólo por la natural modificación de la persona que conlleva el devenir vital, sino también por los profundos cambios de ciertas variables culturales (estereotipias, sesgos, atribuciones erróneas, modas, nuevos estilos de vida, etc.).

La autoestima atraviesa de parte a parte el entramado que configura la trayectoria biográfica de la persona a lo largo de su vida. De aquí, que sea un rasgo, ciertamente vinculado a la personalidad, pero en modo alguno estable, consistente y fiable, dada su natural dependencia de cómo se lleve a cabo el desarrollo autobiográfico y los cambios de los factores contextuales de los que aquél depende.

Sería muy conveniente estudiar la modificación de la autoestima en función de la historia biográfica personal, de los aciertos y desaciertos, de los éxitos y fracasos, de las victorias y derrotas, de las acciones dignas e indignas con que se entreteje eso que se ha dado en llamar la biografía personal.

La actual sobrestimación de la autoestima se ha tornado demasiado olvidadiza respecto de sus antecedentes en el pasado. El término autoestima tiene una larga historia y un breve pasado, ambos inscritos en el ámbito casi exclusivo de la psicología. William James en "The Principles of Psycho-

logy”, publicado por primera vez en 1890, ya hace mención de este término en el capítulo dedicado a “la conciencia del yo”. El autor hace allí consideraciones que todavía hoy resultan de más alcance que algunas de las manifestadas reseñadas en ciertas publicaciones actuales.

James (p. 262), por ejemplo, distingue entre tres tipos de autoestima: la *material* (vanidad personal, modestia, orgullo por la riqueza, temor a la pobreza, etc.), la *social* (orgullo social y familiar, vanagloria, afectación, humildad, vergüenza, etc.), y la *espiritual* (sentido de la superioridad moral o mental, pureza, sentido de inferioridad o de culpa, etc.).

En su opinión, la autoestima es un autosentimiento que “depende por completo de lo que nos propongamos ser y hacer; está determinado por la relación de nuestras realidades con nuestras supuestas potencialidades; una fracción de ellas es el denominador de nuestras pretensiones y nuestro éxito es el numerador:

Según esto, la autoestima puede expresarse en la siguiente fórmula: Autoestima = Éxito/Pretensiones. Esta proporción se puede acrecentar también disminuyendo el denominador o aumentando el numerador”.

La anterior aproximación parece haber marcado el significado de este término, concibiéndosele más como “autoestima-resultado” que como “autoestima-principio”. Pero es un hecho que cualquiera que fueren los éxitos obtenidos o incluso cuando todavía no se ha obtenido ninguno —como acontece en un niño de muy corta edad—, la autoestima, no obstante, ya está presente en la vida de la persona. El pragmatismo utilitarista o “eficacismo” que de aquí se deriva es un hecho obvio y tal vez de fatales consecuencias para ciertas personas.

La autoestima, tal y como es concebida hoy, es más un resultado (del rendimiento) que un principio (de la dignidad de la persona); una propiedad que entronca y deriva de lo “conquistado” (lo adquirido) más que de lo “dado” (el don innato y recibido); que muy poco tiene que ver con la bondad o maldad de lo que uno hace (comportamiento ético) y mucho con la buena o mala forma en que aquello se hace (comportamiento instrumentalizado).

El ser y el tener, lo objetivo y lo subjetivo, el yo y los resultados por él obtenidos se confunden aquí sin apenas poder diferenciarse. A pesar de que tal modo de proceder sea contrario a la común y generalizada experiencia empírica personal. De hecho, al mismo tiempo que se acepta esta perspectiva, se rechaza frontalmente cualquier opinión que subjetivamente reduzca el propio valor personal a sólo el éxito alcanzado, el poder conquistado o la realización de las propias pretensiones.

Puestos ya a hablar de estimación, forzoso es admitir que hoy está agigantada, lo que no deja de constituir una estimación magnificada. Tal vez

por eso convendría hacer alguna indagación acerca de este término, tal y como en el pasado lo entendieron los autores —James entre ellos—, y ello con independencia de que en el modo de afrontarlo pudiera haberse dado también una cierta sobre/infraestimación de la autoestima.

Esto es lo que acontece con conceptos que, a este respecto, hoy apenas se emplean como “orgullo”, “amor propio”, “soberbia”, “vanagloria”, “autoexaltación”, “vanidad”, etc. Es posible que en alguno de ellos fuese preciso distinguir entre lo que desde la perspectiva psicológica significan y la relativa carga de intencionalidad moral que les acompaña. Pero, obviamente, ninguno de ellos es reductible a sólo “moralina”.

De hecho, aunque su uso sea más bien escaso en la actual comunidad lingüística, ello no empece en absoluto para que las personas continúen siendo más o menos orgullosas o que dispongan de mayor o menor amor propio. Este último término, por ejemplo, traduce más directa y radicalmente —también en un castellano mucho más claro— el concepto de autoestima. Pues, si la persona no se amase a sí misma, ¿qué se querría significar con el concepto de autoestima? En una circunstancia como ésta, ¿para qué serviría aludir a la estima?, ¿sería ésta tan relevante como hoy parece?

Más aún, la estimación que cada persona experimenta por sí misma, en modo alguno agota el concepto de “amor propio”, cuya significación castellana es mucho más vasta y amplia, hasta el punto de que tal vez el significado de aquélla constituya apenas un sector de este último.

De otro lado, el incremento de la validez y deseabilidad social de la autoestima tampoco es que haya emergido como un hecho imprevisible, aislado e insólito. Si tanto se ha generalizado el uso de este término es porque se ha priorizado y puesto un mayor énfasis en el ámbito de la emotividad. Paradójicamente, la inteligencia parece estar en descrédito, en la actualidad, mientras el emotivismo amenaza con llenarlo todo.

Acaso por ello, atraen más, “se venden mejor”, han hecho más fortuna cultural los programas relativos a la educación sentimental —cualquiera que sea el modo en que ésta es formulada—; que otros programas que tal vez podrían incidir más en el desarrollo cognitivo (“aprender a pensar”, “el enriquecimiento instrumental de la inteligencia”, etc.).

Sin duda alguna, el concepto de autoestima se ha popularizado, hasta el punto de invadir también ciertos sectores del ámbito clínico. No son pocos los pacientes cuyo principal motivo de consulta con el psiquiatra es, según manifiestan, un problema de autoestima. Son personas a las que cuando se les pregunta por el motivo de la consulta, suelen contestar lo que sigue: “doctor es que tengo un problema de autoestima”, “es que mi autoestima está baja”.

En muchos de ellos esto es verdad, pero casi nunca toda o sólo la verdad. En efecto, el déficit de autoestima está presente en ellos, además de otros muchos síntomas psicopatológicos. Pero aunque en tanto que tal déficit esté presente en todos ellos, la naturaleza, intensidad y cualidad de este trastorno no suele ser coincidente en la mayoría de los pacientes. Esto quiere decir que, al menos en el ámbito psicopatológico, el término de autoestima se predica de muy diversas formas.

Como tendremos ocasión de observar más adelante en esta colaboración, en modo alguno se asemeja el déficit de autoestima manifestado, por ejemplo, en un paciente con depresión que en otros afectados por un trastorno de personalidad o por una fobia a hablar en público. Hay, qué duda cabe, algo común en todos ellos, pero también muchos y diversos matices que les diferencian, por lo que parece legítimo preguntarse si en todos los casos se tratará del mismo o de diferentes déficit.

Hay, pues, un cierto isomorfismo —un tanto forzado y artificial; artefactual casi— en el significado atribuido a este término, probablemente a causa de la generalización y manifiesta popularidad que ha alcanzado en la última década.

El concepto de autoestima se encuentra hoy en el candelero con todo derecho. Entre los expertos está generalizada la tesis de que la baja autoestima es un rasgo más, al que en la actualidad se le da una especial importancia, acaso por estar de moda o tal vez porque la depresión —el síndrome psiquiátrico más frecuente, con mucho— está muy relacionada con la pérdida de autoestima. El depresivo no se quiere a sí mismo y dispone de una memoria selectiva que sólo recuerda lo negativo de su vida.

Pero la preocupación por la autoestima tiene sus pros y sus contras, su haz y su envés, porque, entre otras cosas, se ha configurado como un concepto equívoco.

De una parte, es muy conveniente que las personas se estimen a sí mismas, es decir, que no se rechacen a ellas mismos sino que se acepten y se respeten tal y como realmente son. Esta circunstancia es algo normal que proporciona un cierto equilibrio personal. Incluso en la tradición bíblica se nos dice que hay que amar a los demás como a nosotros mismos. Por tanto, cierto amor propio es necesario, pues si la persona no se ama a sí misma, será muy difícil —casi imposible, de hecho— que ame a los demás. Por contra, si la persona se odia sí misma sería lógico, entonces, que aumentasen los homicidios y los suicidios.

Quienes sufren problemas de autoestima no se aceptan como son, se rechazan a sí mismos y difícilmente aman a los demás. La baja autoestima provoca conflictos en el ambiente familiar, laboral y social y, desde luego, destroza la amistad.

Dificultades conceptuales

Una vez seguido este itinerario, nada de particular tiene que la formulación del concepto de autoestima —un concepto que, como acabamos de observar, no es unívoco— resulte un tanto insatisfactoria. En las líneas que siguen se ofrecen algunas de las numerosas definiciones de autoestima puestas en circulación por sus diversos autores.

Uno de los autores que han estudiado la autoestima de forma ininterrumpida durante tres décadas (Coopersmith, 1959, 1967 y 1981), la define como "la evaluación que hace el individuo respecto de sí mismo, que por lo general luego mantiene. La autoestima expresa una actitud de aprobación o desaprobación y pone de manifiesto el grado en que el sujeto se considera importante, capaz, con éxito y valioso". Según se desprende de la anterior definición, el único criterio que guía dicha evaluación es el del logro, es decir, la satisfacción de ciertas expectativas personales, demasiado homogéneas como para que puedan soportar el amplio rango de variabilidad de los anhelos humanos.

Para otro estudioso del tema (Rosenberg, 1965 y 1979), "la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo". Ninguno de los dos autores se refieren en sus definiciones a los sentimientos. Rosenberg, en lugar de optar por un determinado juicio —la autoevaluación enfatizada por Coopersmith—, reduce la autoestima a una mera actitud.

Un reciente estudio comparativo acerca del concepto de autoestima sostenido por los dos anteriores autores puede encontrarse en Francis y Wilcox (1995). En realidad, hay entre ellos muy poco en común, a no ser el motivo por el que estimarse: la consecución de una determinada meta o logro personal. Nada de particular tiene que una vez se ha entendido así la autoestima, ésta se comporte de una forma muy lábil y versátil. Es lo que se ha denominado con el término de "efecto camaleón" (cfr., Marsh y Yeung, 1999).

En realidad, tal perspectivismo no sólo es propio de los anteriores estudiosos, sino de muchos de los investigadores de la autoestima. Esto es también lo que acontece cuando se analiza el significado de este concepto en otro de los investigadores que han dedicado al estudio de la autoestima una larga e ininterrumpida trayectoria profesional (Branden, 1987, 1983 y 1969).

Dadas estas circunstancias, ¿no sería mejor cambiar el punto de vista —el criterio de evaluación; los valores seleccionados—, a fin de que cambiara lo visto? Si el concepto de autoestima se muestra insuficiente no es

precisamente a causa de la selección de las variables psicológicas estudiadas, sino más bien del criterio calificador por el que se ha optado; en definitiva, por eso que se ha considerado ser los valores mejores, para fundamentar sobre ellos el criterio establecido.

En opinión de quien esto escribe, caben otros muchos modos de formalizar lo que sea la autoestima, sin que se apele únicamente a esos valores que, aunque también necesarios, son apenas circunstanciales. A mi entender, la autoestima es la creencia acerca del propio valor, susceptible de dar origen y configurar ciertos sentimientos relevantes acerca de uno mismo y a través de ellos del propio concepto personal, de los demás y del mundo.

Obsérvese que en la anterior definición se distingue entre autoestima y autoconcepto, pero señalando una cierta interacción entre ambos. Por contra, el autoconcepto se entiende como el conjunto de cogniciones y actitudes que cada persona tiene respecto de sus aptitudes, capacidades, corporalidad, habilidades, destrezas, roles sociales, etc., es decir, acerca de su entera personalidad (Polaino-Lorente, 1988).

Desde esta perspectiva, la autoestima es, sin duda alguna, una atribución de valor acerca de uno mismo. Dicha atribución de valor es dependiente en muchos casos de las atribuciones de valor que los demás han hecho de esa persona y así se lo han manifestado, lo que constituye un cierto etiquetado axiológico y social. En función de cómo sean esas atribuciones de valor respecto de uno mismo, así serán también las atribuciones que más tarde esa persona hará de otras personas, cosas y situaciones.

En otras circunstancias, la atribución de valor a uno mismo varía en función de cuáles hayan sido los resultados y logros obtenidos (autoestima-resultado, rendimiento, pragmatismo). En relación con los sentimientos respecto de uno mismo, esas atribuciones se realizan a veces en función de los sentimientos, afectos y emociones (aprecio) que los demás le han manifestado desde su más temprana infancia. Sería algo parecido a la acción que sobre la persona tiene el etiquetado emotivista y social, el cual suele estar subordinado al hecho de que se hayan adquirido o no los “valores”, más o menos coyunturales, por los que la sociedad parece haber optado. Y, lógicamente lo uno reobra en lo otro, y viceversa.

En este punto, resulta muy útil la aproximación cognitivista al estudio de la autoestima y las atribuciones (Epstein, 1985; Nelson, Horan, Keen y Peter, 1996; Turner, Glickauf y Jones, 1998). Entre otras cosas, porque los sentimientos —también el de autoestima— están subordinados en algún modo a las representaciones mentales, a los elementos de que se dispone en el mapa cognitivo, es decir, a los valores.

Son precisamente esos valores los que se toman como criterio para la propia evaluación. Una evaluación ésta que de ser errónea puede ser especialmente dolorosa y nociva para quien así se evalúa, puesto que su propio yo queda comprometido en el juicio que realiza.

En efecto, el yo del evaluado queda subsumido y cautivo en el juicio que la persona se hace acerca de sí misma. Se diría que la autoestima fundada en sólo los resultados obtenidos reobra sobre el yo, lo modifica y hasta hipoteca respecto de los futuros planes que conciba.

Los futuros proyectos quedan así cautivos y como dependientes de la imagen que del yo se ha formado, imagen que a su vez es en cierto modo rehén de la autoestima que la persona le atribuye. Una vez adensado y fortalecido el yo, según esas particulares atribuciones de valor, muy poco se puede hacer si no se cambia, porque el yo se constituye como una instancia resistente e impermeabilizada a las experiencias que acontezcan. Ni siquiera el realismo de muchas de ellas pueden transformar la autoestima de un yo enrocado, por ejemplo, en el resentimiento.

Por eso, no le falta razón a Rogers (1951) cuando sostiene que "a medida que se suceden las experiencias en la vida del individuo puede ocurrir una de estas tres situaciones: o se simbolizan, perciben y organizan guardando alguna relación con el yo, o se ignoran porque no se percibe relación alguna con la estructura del yo o se las niega o se les da una simbolización distorsionada porque la experiencia es inconsistente con la estructura del yo".

De otra parte, si se toma como mapa de referencia sólo el logro conseguido pueden verse afectados el autocontrol y la autorregulación de la conducta personal. En unos casos, porque esos logros no se obtuvieron y entonces se entra en atonía y falta de vigor, de manera que no se vuelve a intentar su consecución; en otros porque se robustece la voluntad para intentarlo de nuevo, con lo que se da paso a una nueva oportunidad, cuyos resultados refutarán o verificarán la hipótesis que acerca de sí mismo se concibió.

Pero estos "experimentos" no son todo lo rigurosos y acertados que deberían, porque lo que al fin importa es que la evaluación sea justa. Y no puede serlo si se parte de principios y criterios de evaluación que son incorrectos.

Algo parecido sucede también cuando esos logros se obtienen. En este caso, es muy alta la probabilidad de sobrestimarse; tan alta como incorrecta. Entre otras cosas, porque se toma el todo por la parte, porque se califica el yo por una de las acciones que ha realizado, poco importa lo relevante que ésta sea. Para salir de aquí es preciso hacer diana en el error principal,

que casi siempre consiste en revisar y diseñar de nuevo los valores por los que la persona ha de decidirse.

De aquí que importe menos la modificación de otras variables, aunque también estén comprometidas con la autoestima. Me refiero, claro está, a la mayor o menor aceptación o rechazo social que pueda generar nuestro comportamiento, a la aprobación o el repudio con que otras personas nos manifiestan sus opiniones, a la exclusión o inclusión en determinados escenarios sociales, etc.

Todo esto, sin duda alguna, influye en la autoestima y sobre todo en la entera persona. Pero, en cualquier caso, mucho menos que la confianza que en sí mismo se alcanza toda vez que, por ejemplo, hay un perfecto ensamble entre lo que se piensa y lo que se dice, lo que se dice y lo que se hace, lo que se hace y lo que se piensa.

Tal vez por esto varíe tanto la autoestima de unas a otras personas, de unas a otras culturas, de unos u otros valores, por los que cada uno personalmente opta. En este punto hay tantas autoestimas como los diversos mapas axiológicos de que disponen las personas. Pondré otro ejemplo a este respecto. La convicción de ser digno de ser amado por sí mismo —con independencia de lo que se sea, tenga o parezca— constituye un serio fundamento de la autoestima personal, con independencia de que este concepto sea de muy infrecuente uso en la actual sociedad.

Esta extraña capacidad de experimentar el propio valor intrínseco, con independencia de las características, circunstancias y logros personales obtenidos, y que en apariencia le definen e identifican socialmente, suele ser hoy muy poco común. Y, sin embargo, constituye un espléndido fundamento para el desarrollo de una autoestima más estable, menos dependiente del medio y, por tanto, mucho más libre e independiente.

La autoestima es como el “humus” en el que se cobijan las raíces del propio yo. De aquí que podría definirse como el lugar, la tierra firme donde hincar el propio yo de manera que crezca derecho y en su máxima estatura, con tal de que se desarrolle vigorosamente y permita sacar de sí la mejor persona posible.

En el ámbito de la psicopatología este concepto es de vital importancia, por cuanto los síntomas y alteraciones suelen ser tozudos y dejan su impronta en la persona. Acaso por ello, la autoestima se nos ofrece en la clínica psiquiátrica como el eje sobre el que componer, rectificar y vertebrar el propio yo que, en el camino zigzagueante de la vida, tal vez se deshizo a causa de la enfermedad y de la propia tarea de hacerse a sí mismo. Resulta también muy conveniente valorar en psicoterapia la autoestima de los pacientes, por cuanto muchas veces constituye la condición de posibilidad de

que el paciente pueda rehacerse, a partir de los deshechos fragmentarios, grandes o pequeños, en que quedó atomizado el propio yo.

En el contexto más amplio de la antropología realista, la autoestima inicial o principalista —la autoestima primera que está en el origen— se nos ofrece como el punto de partida de la personal trayectoria biográfica que hay que recorrer para hacerse a sí mismo, para acrecer el regalo de la vida que se ha recibido, para hincar la vida en su propio destino, es decir, para ser feliz.

En cierto modo, es lógico y comprensible que este concepto haya hecho correr ríos de tinta. En ello le va a la persona —y cree que le va— su propia felicidad. De aquí su generalizado interés. Pero obsérvese, que de acuerdo con ese interés felicitario del que se hablaba en la última propuesta de definición, la autoestima tiene menos que ver con ciertos valores materiales a pesar de que coticen en la actual sociedad a la alza —el éxito, el poder, la gloria, el dinero, la popularidad, el rendimiento, etc.—, que con otros valores más noéticos y espirituales de un calado más profundo —la dignidad, la sabiduría, la autenticidad, la veracidad, etc.— y también más difíciles de realizar en la propia personalidad.

Por todo ello es muy aconsejable —muy necesario en la práctica— conocernos a nosotros mismos. Pero este conocimiento no es fácil. La perfecta reflexión acerca de nuestro yo no es el camino más aconsejable y, desde luego, en modo alguno el único. La reflexión solitaria es necesaria, pero sólo ocasionalmente. Si nos excedemos en ella, puede contribuir a la propia ruina en forma de narcisismo, autodesprecio o fatiga de ser quienes somos. La inteligencia que se dirige al propio conocimiento “in recto”, derechamente no debe trabajar en el vacío, porque se queda sin referentes, sin razones de lo que es conveniente o no. Por contra, es mejor la inteligencia que aprehende el propio yo “in obliquo”, mediata e indirectamente, porque entonces no trabaja sola sino en un contexto habitado por las necesarias referencias: se aprehende el yo en lo que la persona hace, dice, siente o piensa. Pero ese pensar, sentir, decir o hacer no está descontextualizado, sino que se realiza en concreto, es decir, es una situación en que es casi imposible que emerjan las obligadas referencias.

El “iter” a seguir que aquí se propone es el siguiente: conocimiento personal, aceptación serena de uno mismo, autoposesión y autodonación. Sin conocimiento de sí mismo, es en la práctica poco menos que imposible que nos aceptemos tal y como somos. De no aceptarnos —también en nuestras limitaciones y defectos—, puede afirmarse que en verdad nos poseemos. Y si no nos poseemos, ¿cómo darnos a los demás?, ¿cómo entregar el propio yo, operación en que consiste el amor humano?, ¿cómo amar a alguien, có-

mo darnos al otro si no nos pertenecemos? Pero si no nos damos, ¿para qué queremos estimarnos?, ¿para qué disponer de un expediente o “currículum vitae” inmaculado y excepcional —la autoestima—, que no podemos compartir con nadie?, ¿podemos acaso ser felices con tan solo estimarnos a nosotros mismos en la soledad comunicante e incommunicada de nuestro propio corazón aislado?

Dificultades en la evaluación

Disponemos de muchos instrumentos para la evaluación de la autoestima, aunque tal vez precisamente por ello encontremos serias dificultades para su aplicación en el ámbito clínico. Algunos de ellos —los más conocidos, por cierto— tienen ya un largo pasado.

Este es el caso, por ejemplo, del “Self-Concept Inventory” (Sears, 1963), de la “Tennessee Self-Concept Scale” (Fitts, 1964), de la “Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale” (Piers, 1969), de la “Self-Esteem Scale” (Rosenberg, 1965), del “Coopersmith Self-Esteem Inventory” (Coopersmith, 1967 y 1981), de la “Maryland Preschool Self-Concept Scale” (Smith, 1977), del “Personal Attribute Inventory for Children” (Parish y Taylor, 1978), del “Self Perception Inventory” (Soares y Soares, 1980), etc.

En realidad, muchos de estos instrumentos están diseñados más específicamente para la evaluación del autoconcepto que de la autoestima, aunque resulte difícil distinguir en la práctica qué items evalúan respectivamente unos u otros contenidos.

Es lógico que encontremos serias dificultades para evaluar la autoestima, una vez que este concepto, por su excesiva complejidad, no se ha formulado sino de una manera equívoca y, desde luego, sin que se haya definido de una forma operativa —¿puede acaso definírsele de un modo operativo?—, como demandan las exigencias de los trabajos empíricos.

Nada tiene de particular que se alcen voces discrepantes y que todavía la discusión permanezca abierta entre numerosos autores (Jonson, 1998; Oliver, Pastor y Tomás, 1998; Ashkanasy, 1997; Hunter, Platow, Bell, Ky-pri y Lewis, 1997; etc.).

La discusión es también intensa en lo que se refiere al empleo de conceptos diversos que, no obstante, algunos autores usan como si fueran realmente sinónimos, como, por ejemplo, autoestima y autoconcepto (Polaino-Lorente, 1988). Algo parecido sucede respecto de la “self-esteem” y la “self-efficacy” (Stanley y Murphy, 1997).

Además, los mismos modelos que han servido de base para el diseño de instrumentos de evaluación ofrecen ciertas dificultades cuando se les estudia desde el punto de vista de las dimensiones de otras escalas que, en principio, parecen estar relacionadas con el concepto de autoestima (Francis, 1997).

Cuando se han estudiado algunas escalas de autoestima desde, por ejemplo, la perspectiva de la reactividad, los resultados correlacionales obtenidos han puesto de manifiesto la eliminación de variables implicadas en las relaciones entre autoestima y libertad de elección (Hellman y McMillin, 1997). En otro orden de cosas, algunas escalas no parece que faciliten la comprensión del formato de las respuestas por parte de los probandos (Eiser, Eiser y Havermans, 1996).

Por último, la comparación de los resultados obtenidos entre dos escalas que, en principio, evalúan la autoestima (Coopersmith y Rosenberg), sólo obtienen una intercorrelación de 0.52, lo que sugiere que las dos escalas evalúan similares aspectos de la autoestima, pero en modo alguno aspectos que sean entre sí idénticos (Francis y Wilcox, 1996).

En realidad, más que de equivocidad conceptual, habría que hablar aquí, a propósito de estas escalas, de la multiplicidad o pluralidad de este concepto. Fierro (1986), por ejemplo, distingue entre cuatro medidas diversas en la evaluación de la autoestima implícita (idiográfica, proyectada, reputada y normalizada). Todo lo cual sugiere al autor que "la autoestima implícita, según sean los criterios de valor aplicados, obliga a concebirla como dimensión no simple, como estructura compleja que engloba contenidos varios, en parte asociados y en parte disociables" (p., 88).

Por consiguiente, aunque tales medidas puedan ser consideradas como variables empíricas y no meros constructos, no obstante, deberían tomarse no como variables simples sino complejas. De otro lado, los resultados que se obtengan mediante estas escalas tampoco han de presumirse "estables" a lo largo del tiempo, y mucho menos "consistentes" a todo lo ancho de las diversas situaciones.

A causa de los anteriores resultados y de la debilidad predictiva de estas escalas, asistimos así al establecimiento de una extraña analogía (!) entre ellas, que tal vez no esté del todo puesta en razón y, por tanto, resulte quizá un poco forzada.

En tanto que entre ellas es poco en lo que difieren, podrían establecerse las oportunas analogías; pero en tanto que son diferentes los contenidos que evalúan, no ha lugar para establecer tales analogías. Esto significa que, en el ámbito de la práctica clínica, dichos instrumentos de evaluación no debieran usarse como procedimientos rigurosos y útiles, sencillamente, porque sus resultados no son suficientemente válidos y rigurosos.

Psicopatología de la autoestima

En el momento en que se escriben estas líneas, es cada vez más frecuente encontrar en la práctica de la psiquiatría clínica un relativo e importante cambio de actitud en los pacientes, a propósito de la autoestima. Tal cambio de actitud —como se ha dicho anteriormente— consiste en la apelación como motivo de consulta, por parte del paciente, a un déficit en la autoestima. Son muchos los pacientes que al preguntarles qué les pasa, contestan con frases como las siguientes: “vengo porque tengo un problema de autoestima”, “mi autoestima está baja”, “tengo un déficit de autoestima”.

Esta apelación a la autoestima, como justificación o explicación de lo que les acontece, no debiera sorprender al clínico. En realidad, el paciente apela a los términos puestos en circulación en la opinión pública —es decir, a los tópicos y lugares comunes, que le son más cercanos y familiares— para, tomándolos como clave de lo que le pasa, reformular y/o configurar las molestias que le aquejan, de manera que éstas sean para él comprensibles.

Un acercamiento desde la sociología de la enfermedad de seguro que confirmaría lo que se acaba de afirmar acerca de este modo innovador, a cuyo través los pacientes “formatean” sus problemas. Hasta aquí, tal cambio de actitudes podría en apariencia resultar irrelevante. Pero en modo alguno es así. El modo en que la persona reconfigura y reinterpreta lo que le sucede contribuye también a modificar lo que le acontece.

No es lo mismo formular un problema en clave de autoestima que, por ejemplo, en clave de culpabilidad, de vergüenza o de persecución. La clave desde la que el paciente interpreta sus síntomas matiza y en cierto modo modifica el modo en que aquellos se manifiestan, es decir, modifica sus contenidos temáticos, las expectativas sobre lo que hay que hacer, el modo más adecuado de afrontarlos, lo que el paciente espera de la ayuda del clínico, su pronóstico, etc.

Precisamente por esto, la psicopatología no debiera desentenderse de las nuevas reformulaciones emergentes en que los pacientes expresan el malestar que les aqueja. Es responsabilidad de la psicopatología atender y atenderse a estas manifestaciones, por cuanto que éstas modifican, cambian y transforman —y a veces de una forma especialmente relevante— los contenidos intrínsecos de los trastornos psicopatológicos, además de la relación entre el médico y el paciente. Es obvio, que los trastornos psicopatológicos son también modificados por las modas y por los usos lingüísticos; por eso, cuanto más intensos sean los cambios operados en éstos mayor suele ser también la urgencia y necesidad con que deben ser conocidos y atendidos por el clínico.

Respecto de la autoestima no parece que la clínica psicopatológica haya demostrado, por el momento, un gran interés. Tal silencio clínico pone de manifiesto la presencia de un elocuente hecho: la ausencia de diálogo entre los principios y criterios propios de esa disciplina —la teoría— y el discurso de los pacientes a través del cual éstos expresan lo que les acontece —la práctica sobre la que precisamente versan esos conocimientos teóricos.

En otro orden de cosas, es preciso cuestionarse acerca de si la autoestima constituye una manifestación propia de la condición humana y en qué consiste; si esa característica está vinculada o no con la naturaleza de la persona; y si puede alterarse y devenir en algo patológico en ciertas personas.

Aunque no es este el lugar oportuno para responder a las anteriores cuestiones, hay muchos indicadores, en opinión de quien esto escribe, que ponen de manifiesto como una realidad natural el hecho de que la persona se estime a sí misma.

Esa peculiaridad, en primer lugar, es una constante en todas las personas. En segundo lugar, la autoestima tiene mucho que ver con la aceptación de sí mismo, cuestión ésta más radical ya que cuando no es atendida y satisfecha de modo conveniente es susceptible de generar comportamientos anómalos. Y, en tercer lugar, porque la autoestima hace referencia no sólo a un cierto instinto de conservación sino también al autoconcepto y al proyecto autobiográfico por el que cada persona opta.

De admitirse que la autoestima es una dimensión natural de la persona, manifestación de una función natural subyacente, parece lógico postular que como tal función tal vez pueda sufrir —al igual que otras muchas funciones psicológicas humanas— ciertas alteraciones. No estudiarlas y atenderlas como se debe, ignorarlas o, simplemente, silenciarlas no parece que sean los procedimientos más adecuados por parte de la ciencia para resolver estos problemas.

Pero hay además otra razón que aconseja el que la investigación clínica en psicopatología se haga cargo de esta exigencia. Si continua la presión social que magnifica este término, es muy posible que tal concepto se incluya en el discurso psicopatológico e incluso en la nosología psiquiátrica, dada la importancia que el uso coloquial del lenguaje tiene en los modelos en que se formula, expresa y comprende el enfermar humano.

Por todo ello parece lógico reconocer que “los problemas de autoestima” de que se quejan los pacientes, en algún modo, interpelan, atañen e impactan en el mismo núcleo de la psicopatología. La asunción de este nuevo concepto y su reformulación psicopatológica se muestra en principio como

una necesidad vital y científica. Tanto más cuanto que posiblemente la reformulación psicopatológica de muy diversos trastornos, en clave de autoestima, contribuya a modificar el marco de referencias científicas así como los criterios en que se inscribe el mismo quehacer clínico, en especial en lo que atañe al diagnóstico.

En esta nueva perspectiva, es menester que se atienda y resuelva la actual equivocidad que acompaña a este término; que se desvelen algunos de los factores que se concitan en su origen y desarrollo; que se apresen e identifiquen las manifestaciones diferenciales que distinguen a unas de otras alteraciones específicas, en los diversos cuadros clínicos; etc.

Hay mucho que desentrañar y dilucidar en torno a la psicopatología de la autoestima. Baste un ejemplo de lo que se acaba de decir. La mayoría de las personas se quejan de sufrir un trastorno en su autoestima, casi siempre a la baja, es decir, por defecto. Por el contrario, ninguna persona suele quejarse de sufrir un trastorno por exceso de autoestima. Lo lógico es que si hay trastornos por defecto, los haya también por exceso, pues siendo una función natural, es apropiado que sufra variaciones por más y por menos, con independencia de que el enfermo pueda silenciar aquéllas y magnificar éstas.

Para una introducción a la psicopatología de la autoestima, propósito de esta colaboración, parece conveniente distinguir entre dos amplios sectores: los trastornos psicopatológicos menores y mayores de la autoestima. Veamos algunos de ellos a continuación.

Los trastornos psicopatológicos menores de la autoestima

Los trastornos menores de autoestima son los que acontecen en personas que no padecen propiamente un trastorno psicopatológico específico, por lo que las alteraciones de la autoestima en este caso suelen estar más relacionadas con el desarrollo de la personalidad, las prácticas de crianza, la educación recibida, los conflictos familiares y las dificultades en el contexto sociocultural. Son, pues, pequeñas alteraciones que, por otra parte, afectan a muchísimas personas y que, por lo general, no son tributarias del psiquiatra y casi nunca llegan a su consulta.

Pero el hecho de que esta incipiente y superficial patología menor no exija un tratamiento psiquiátrico, en modo alguno quiere significar que deba desatenderse por completo. Es cierto que en muchos casos esas pequeñas dificultades con la autoestima evolucionan de forma espontánea y favorable, sin que precisen de ningún cuidado terapéutico. Sin embargo, otras

veces, el no atenderlas como se debiera tal vez condicione una evolución tórpida que, con el tiempo, pudieran llegar a transformarse en un cuadro morbosos. Aquí es mucho lo que padres, educadores y psicólogos pueden hacer, tanto en lo que se refiere a su detección precoz y posible intervención psicopedagógica temprana como en lo relativo a su prevención.

A modo de ejemplo, citaré a continuación alguno de los contenidos que, por darse con relativa frecuencia, pudieran incluirse en el ámbito de los trastornos menores de la autoestima. Este es el caso, por ejemplo, de los diversos tipos de apego —en especial los inseguros— entre padres e hijos; el modo en que el niño o el adulto aprende a habérselas con el éxito o el fracaso; el modo en que afrontan los problemas y el estilo atribucional que emplean respecto de los resultados que obtienen; la forma en que desarrollan ciertos estilos emocionales así como los “set” cognitivos que han configurado en relación con ellos mismos; los errores de infraestimación y sobreestimación que, tras repetirlos reiteradamente, consolidan hábitos de comportamiento que impactan de forma decisiva en la génesis y desarrollo de su autoconcepto, nivel de aspiraciones, etc.

Como manifestación de lo que se está afirmando, tomemos el último de los ejemplos a los que se ha aludido: las variaciones de la autoestima por exceso o por defecto, a causa de los errores de sobreestimación o infraestimación personal.

Estos errores —de los que sin duda alguna depende tanto la versatilidad circunstancial de la autoestima— no son en su origen estimativos sino cognitivos. La persona se autoatribuye un cierto valor, característica o rasgo que en modo alguno le pertenece, al menos en lo que se refiere a la cuantía o intensidad de ese rasgo o valor.

Estos errores ponen de manifiesto que las personas no se conocen a sí mismas en modo suficiente, por lo que el comportamiento que sigue a ese conocimiento defectuoso, del que este último depende, ni suele estar puesto en razón ni resulta adaptativo. Cualquier conducta desadaptada constituye ya un comienzo de conflicto. Su prolongada reiteración puede actuar como un factor desencadenante de diversos trastornos psicopatológicos. De aquí la conveniencia de que estos sesgos y errores autoperceptivos y atribucionales se solucionen.

Consideremos el caso, por ejemplo, de una niña que sobrestima su belleza o su inteligencia, es decir, que se atribuye a sí misma la belleza o inteligencia que no tiene. Tal atribución —precisamente porque es errónea—, generará en ella unas expectativas que sólo con mucha dificultad podrán ser satisfechas. Esa niña esperará de sus compañeros que alaben su belleza y que sus resultados académicos sean conformes a su inteligencia. Si esas ex-

pectativas no se cumplen —y lo lógico es que no se satisfagan—, esa niña se sentirá frustrada, considerará que sus compañeros no la tratan como se merece y que sus profesores son injustos.

Esta situación es de suyo conflictiva. Si esa niña no se percata de lo que realmente vale en lo relativo a su belleza e inteligencia, persistirá en sus expectativas, lo que condicionará que se agraven los conflictos. Si estos se intensifican o cronifican comenzará a sospechar de las malas intenciones de los demás, malas intenciones que atribuirá probablemente a la envidia de sus compañeros y a la injusticia de sus profesores.

Si todavía persiste en tales atribuciones, su conducta comenzará a enraizarse, se tornará suspicaz, se sentirá preterida y perseguida, no se adaptará a su medio, se socializará peor, disminuirán sus habilidades sociales, formará un autoconcepto negativo y su vida acabará por convertirse en la historia de un resentimiento.

En estas circunstancias, hay exceso en algunos sectores de su autoestima, mientras que con mucha probabilidad otros adolezcan de un error por defecto. El exceso consiste en que persiste en no modificar las excesivas atribuciones que hace acerca de sus propios valores (belleza e inteligencia); el defecto radica en las atribuciones negativas que hace respecto de sus compañeros y profesores (envidia e injusticia). De aquí que el balance resultante sea más bien negativo, lo que probablemente condicione el modo en que se percibirá a sí misma y a los demás.

Por el contrario si, a lo largo de la anterior secuencia, esa niña vuelve atrás y modifica sus atribuciones —es más realista en el modo en que se atribuye esos valores, aunque tal vez por eso descienda un poco su autoestima—, la niña se sentirá más estimada, como consecuencia de la mejor relación que establece con sus compañeros y profesores. Esto suscitará en ella una mayor aceptación de sí misma, una mejor adaptación al medio, una percepción más justa de las calificaciones de sus profesores, etc.

Algo parecido sucede en los errores de infraestimación. Sólo que por lo general en este caso las autoexigencias disminuyen, simultáneamente que desciende el nivel de aspiraciones. Cuanto más baja sea la autoestima de una persona, a menos aspirará y menos se exigirá a sí misma. Este error a la baja suele estar muy extendido entre los niños y jóvenes y, como no suele modificarse, genera consecuencias funestas en sus respectivos desarrollos biográficos.

Muchos fracasos escolares están en deuda con estos errores. Claro está que en unas ocasiones este error de estimación es anterior y condiciona el fracaso escolar, mientras que en otras la autoestima desciende a causa del fracaso escolar. En realidad, entre fracaso escolar y autoestima suele haber

casi siempre una interacción recíproca y bidireccional, que es preciso estudiar con mucha atención.

Como consecuencia del fracaso escolar y de la infraestima que a él sigue o precede, el autoconcepto del niño o del joven sufre sus consecuencias. Disponer de un autoconcepto negativo supone, entre otras cosas, limitar el horizonte humano muy por debajo, en ocasiones, de las propias expectativas, de lo que sería razonable y más conveniente esperar de esa persona.

Un niño que, por ejemplo, se considera más bien torpe —como consecuencia del rendimiento escolar obtenido—, restringirá su nivel de aspiraciones, renunciará a relacionarse con los que considera los mejores compañeros de su clases a pesar de que sintonice mucho con ellos, se instalará en un nivel mediocre sin aspirar a más y se tendrá a sí mismo en poco, en menos de lo que es y vale.

Esto constituye un flaco servicio tanto para sí mismo como para los demás, porque es muy difícil que desde esa posición vital pueda tratar de sacar de sí, de desarrollar los mejores valores innatos de que dispone.

En realidad, todas las personas tenemos errores por exceso y por defecto respecto de nuestra estima personal, porque nadie se conoce del todo a sí mismo. La clave para tratar de solucionar esos errores no se encuentra, precisamente, en los sentimientos. Los errores, ciertamente, se manifiestan como sentimientos, pero su causa está en otro lugar, en las funciones cognitivas. Por eso, la mera educación sentimental obtiene aquí muy escasos resultados. Es preciso ir al origen, a la causa de esos sentimientos, en una palabra, al conocimiento real de sí mismo. Cuanto mejor y más puesto en verdad sea el conocimiento que la persona tiene de ella misma, tanto mejor.

No sería adecuado en estos casos consultar con el psiquiatra. Pero si esos errores no se salvan, si persisten, si la persona no tiene un conocimiento veraz acerca de sí misma, es harto probable que con el tiempo tenga que consultar con el psiquiatra. También aquí, un pequeño error en el inicio de la trayectoria biográfica, constituye o puede ocasionar un grave trastorno al final del itinerario de su desarrollo personal.

Los trastornos psicopatológicos mayores de la autoestima

Observemos ahora los trastornos psicopatológicos mayores de la autoestima. Sin duda alguna, puede hablarse también de una psicopatología mayor de la autoestima. Se entiende por tal los excesos y defectos de la auto-

estima —lo que comporta también un nuevo modo de atenerse a la realidad personal—, como consecuencia de otros trastornos psicopatológicos más o menos graves que preceden, acompañan o siguen a aquella.

En principio, es preciso admitir que en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas la autoestima de los pacientes está alterada. El hecho de que todavía no se haya prestado demasiada atención a ello en el ámbito psicopatológico, está relativamente legitimado.

Por lo general, los principales síntomas psicopatológicos suelen afectar a funciones psicológicas más relevantes y se manifiestan como signos y señales, como hechos que por su tozudez y gravedad son más fácilmente evaluables. Las diversas constelaciones sintomáticas suelen vertebrarse orgánicamente hasta constituir síndromes específicos característicos de determinadas enfermedades. En esta perspectiva puede concluirse que a pesar de su sutilidad, la mayoría de los síntomas psicopatológicos de los que se sirve el clínico para realizar un diagnóstico tienen un relativo grado de estabilidad y consistencia, además de una especial densidad, tal y como se pone de manifiesto en los pacientes. Esto es precisamente lo que no acontece en el caso de la autoestima.

Sin embargo, sea a causa de alguno de estos síntomas o de todos ellos, el hecho es que casi siempre la autoestima del paciente psíquico resulta gravemente alcanzada por el impacto de la enfermedad. Dado este supuesto, ¿no convendría estudiar la pertinencia o no de incluir ciertos trastornos de la autoestima entre los criterios sintomáticos que tal vez fueran útiles para el diagnóstico psicopatológico?

En cierto modo, a esta cuestión se puede responder de modo afirmativo, pero también de modo negativo. Cada una de las anteriores respuestas comporta ciertas ventajas pero también ciertos inconvenientes, en tanto que cualesquiera de ellas podrían relativamente hipotecar el concepto mismo que se tiene de psicopatología.

En efecto, si se opta por la inclusión de los trastornos de la autoestima en el árbol sintomático específico de los trastornos psicopatológicos es muy posible que con su concurso se estuviera optando por la construcción de una psicopatología en clave timocéntrica o cognitivista, en la que se estarían privilegiando bien el emotivismo o bien el cognitivismo intrapersonal.

Esto, sin duda alguna, cambiaría parcialmente el perfil psicopatológico de los trastornos psiquiátricos, tal y como hay los conocemos. Por el contrario, si nos desentendemos, si no se acogen los trastornos de la autoestima, es muy posible que el ámbito psicopatológico siga su andadura como hasta ahora; pero es también muy probable que se ayude menos al paciente a resolver sus problemas, es decir, que no se le facilite el apoyo necesario

para el buen uso de los recursos naturales de los que dispone para superar su enfermedad.

Sería injusto sostener que nada se ha hecho en relación con este tema. En la bibliografía reciente, resulta fácil encontrar algunas huellas demostrativas de este esfuerzo, tal y como a continuación observaremos.

Un hecho evidente en la clínica es que en muchos trastornos psicopatológicos la autoestima del paciente suele sufrir un grave quebranto. Sin embargo, desconocemos por ahora cual es su intensidad, los factores que la suscitan, las cualidades específicas que la definen en cada caso, su pronóstico, el modo en que cada paciente afronta su problema, cómo puede ser restaurada, etc. Es decir, ignoramos mucho más de lo que sabemos.

Es posible que haya un factor común a este déficit de autoestima en los diversos trastornos psicopatológicos. Pero aunque esto fuere así, el hecho de que se emplee el concepto de autoestima de forma unívoca para todos los trastornos psiquiátricos no parece que esté muy autorizado, a menos desde los criterios rigurosos de que se suele servir la actual ciencia psicopatológica.

De otro lado, la propia clínica manifiesta que los componentes principales de los principales factores que probablemente susciten esos déficit varían mucho de unos casos a otros. Esta variabilidad de los factores etiológicos en modo alguno es baladí. Su apresamiento e identificación no es sólo conveniente sino necesaria, dadas las necesidades perentorias de las exigencias terapéuticas. Estudiemos a continuación en concreto algunas de las principales alteraciones psicopatológicas y su incidencia en la autoestima.

El déficit de autoestima en la *enfermedad depresiva* es, sin duda alguna, uno de los trastornos psicopatológicos en los que más investigación se ha realizado y, al parecer, con aceptables resultados, puesto que a través de ellos se ha podido configurar más específicamente determinados paquetes de intervención en la terapia cognitiva de la depresión (Culp y Beach, 1998; Emde, Harmond y God, 1996; Cheung 1996; Leitenberg, Yost y Karroll-Wilson, 1986; Zinet y Farley, 1996 y 1987; Domken, Schott y Kelly, 1994; Maddox y Noron y Stoltenberg, 1986; Ryckman, Robbins, Thornton, Gold y Kunhln, 1985; Polaino-Lorente, 1982, 1983, 1984 y 1987).

No obstante, hay aquí una laguna que resulta sorprendente, sobre todo si atendemos a que una relevante proporción de los trastornos depresivos son bipolares, es decir, que su curso evoluciona por fases, alguna de las cuales manifiestan el perfil típico de la manía e hipomanía. En estos casos, la autoestima del paciente suele estar magnificada hasta niveles gigantescos como, entre otras cosas, se pone de manifiesto, por ejemplo, en el hecho de que no suelen tener conciencia alguna de enfermedad.

Ese crecimiento exagerado, morboso e invasivo de la autoestima personal condiciona la imposibilidad de que el paciente pueda relacionarse con los demás, por lo que en ocasiones resulta imposible en la práctica cualquier acción terapéutica.

Sin embargo, la bibliografía disponible apenas se ha hecho eco de este trastorno de la autoestima, de una excesiva y patológica autoestima en estos casos. Lo que ha sucedido aquí es que la opinión dominante ha reconfigurado los trastornos de la autoestima únicamente a la baja, dejando fuera de foco los trastornos a la alza, por lo demás muy frecuentes.

En cambio, es mucho lo que se ha hecho en este contexto respecto de la conducta suicida. Se han estudiado desde la psicología de la atribución los factores más intensamente comprometidos con la autoestima y la puesta en marcha de la conducta suicida (Orbach, Mikulincer, Blumensor, Menster y Stein, 1999; para una revisión del tema, cfr. Polaino-Lorente, 1982, 1983, 1984 y 1987).

En cambio, en el ámbito de los *trastornos obsesivos-compulsivos*, apenas si disponemos, a este respecto, de alguna investigación. También aquí la autoestima disminuye en el paciente de forma significativa, especialmente durante los periodos en que la intensidad, frecuencia y duración de las ideas obsesivas son más graves. En esta ocasión la intervención cognitiva no suele ser eficaz, a no ser que estos síntomas se controlen previamente mediante la administración de los oportunos psicofármacos.

Por contra, la aplicación del mismo programa terapéutico puede ser muy eficaz para la prevención de las recaídas y para que el propio paciente aprenda a afrontar y superar el déficit de autoestima que acompaña a su enfermedad. Por lo general, casi la totalidad de las terapias que hoy se practican adolecen de una individuación específica —tanto a nivel sintomático, como a nivel estratégico, aunque en este último sector la investigación disponible ha avanzado un poco más—, que salga garante de en qué ámbitos sectoriales de un determinado proceso patológico está indicado o no el uso de éste o aquél procedimiento de intervención.

En el caso de las obsesiones, sería conveniente precisar también si el modo más eficaz para mejorar la autoestima del paciente es emplear la terapia individual o la de grupo. Es posible que si el control de los propios pensamientos no es eficaz —ni siquiera a través del “stop thinking”—, la autoestima del paciente se incremente mejor con la ayuda que le prestan las personas del grupo, a través de su aprobación social, el uso de refuerzos, etc.

Otro ámbito especialmente relevante para estudiar la psicopatología de la autoestima es la *anorexia nerviosa*. En este caso, los trastornos de la au-

toestima están más vinculados a las alteraciones del esquema corporal, al sobrepeso y a un cierto perfeccionismo estético no exento de manifestaciones de tipo obsesivo (Constanzo, Musante, Freedman, Kern y Tomlinson, 1999; David y Jonson, 1998; Duva y Lester, 1997; Steinberg y Shaw, 1997; Wood, Waller y Gowors, 1994; Polaino-Lorente, 1992).

Dadas estas características, parece lógico inferir que el déficit de autoestima que caracteriza a los pacientes anoréxicos nada o muy poco tenga que ver con los déficit específicos que son propios de las otras enfermedades a las que líneas atrás se ha aludido. Y esto, lógicamente, ha de reflejarse también en los procedimientos de intervención por los que se opte en cada caso, que han de tratar de incidir en la diana de los factores que se concitan en el origen específico de cada alteración.

En otros tipos de alteraciones psicopatológicas, el autor de estas líneas sostiene que muy difícilmente puede tener cabida el tema de la autoestima en una mera dimensión cuantitativa del “plus” al “minus”. Este es el caso, por ejemplo, de lo que acontece en la esquizofrenia y en los trastornos de personalidad. En ellos, efectivamente, suele también estar alterada la autoestima, pero no sólo de una forma cuantitativa.

En el caso de la *esquizofrenia*, hay algo constitutivo y orgánico que está en el origen de la alteración de la autoestima del paciente. Esta alteración estructural no tiene cabida en la estricta dimensión cuantitativa de la autoestima. No es que el esquizofrénico se estime más o menos y que en ello consista su patología, sino que se estima a sí mismo de un modo cualitativo nuevo y constitutivamente alterado.

Hay, además, mucha variabilidad de unos a otros esquizofrénicos en estas alteraciones, tanta o probablemente más que los tipos de esquizofrenia que hoy distinguimos. Especial relevancia tiene el estudio de la autoestima en los pacientes con esquizofrenia simple, caracterizados por la incapacidad para hacerse cargo, para sintonizar con las emociones del otro, simultáneamente que adolecen de los recursos necesarios para la expresión de sus emociones.

Tal “neutralidad” e “indiferencia” afectivas están proclamando la emergencia de un trastorno cualitativo de la autoestima, todavía hoy desconocido. Recuérdense a este respecto que para calificar este síntoma se introdujo por primera vez el concepto de autismo. No se trata, pues, de estudiar la autoestima en esta última y compleja enfermedad, por otra parte cada vez más y mejor estudiada, también en lo que atañe a la comprensión y expresión de emociones (cfr., García-Villamizar y Polaino-Lorente, 2000).

Se trata tan solo de indagar y explorar qué tipo de alteraciones sufren los pacientes afectados por la esquizofrenia, puesto que de ello dependerá

en buena parte el buen o mal uso de sus habilidades sociales. Esto es importante, porque mucho depende de ellas su socialización e integración personal. Por eso resulta paradójico que aunque el término esté de moda, su estudio en modo alguno se haya afrontado en el ámbito bien definido de este grupo de enfermedades.

Algo parecido sucede, aunque en menor grado, en el caso de los *trastornos de la personalidad*, trastornos que son muy diversos —la actual nomenclología establece hasta once tipos diferentes—, y cuyo estudio probablemente permita establecer aspectos cualitativos diferenciales entre ellos, desde la perspectiva de la autoestima. Esto es tanto más importante cuanto que los procedimientos terapéuticos para estos trastornos son más bien escasos y no demasiado eficaces.

Otros ámbitos psicopatológicos en los que la investigación de la autoestima puede resultar eficaz es el de la *ansiedad* y las *toxicomanías*. Respecto de la ansiedad convendría individuar los trastornos específicos de la autoestima —y el modo en que aquellos se manifiestan— en cada uno de los numerosos trastornos que están hoy bien diferenciados (fobias, ataques de pánico, ansiedad generalizada, etc.). Lo mismo acontece respecto de las toxicomanías (alcoholismo, cocaína, heroína, etc.).

No toda la investigación realizada sobre estos particulares trastornos han incidido por igual sobre el ámbito de la psicopatología. Algunos sectores han sido expresamente mejor atendidos. Este es el caso, por ejemplo, de la autoestima respecto de las expectativas de éxito y la ansiedad (Foster, 1997; Abel, 1996; Newbegin y Owins, 1996; Seller, Carver y Bidges, 1994; Marchand, Goupil, Trudel y Belanger, 1995). Un sector éste que por afectar a un numeroso público está bien que se haya atendido de forma prioritaria, por las contribuciones que esto puede suponer para la prevención de los trastornos de ansiedad.

Es muy probable que los trastornos de la autoestima en estas enfermedades se manifiesten de forma diversa y acaso un tanto específica, lo que también puede contribuir a singularizar cada uno de los respectivos diagnósticos así como los tratamientos que para ellos están indicados. He aquí otra razón más para salir definitivamente de la univocidad —muy cercana en este caso a la equivocidad—, con que hoy se emplea el concepto de autoestima.

Un caso particular, que promete ser fascinante, es el estudio de la autoestima en personas cuyas conductas adictivas no son dependientes de ningún tóxico ni sustancia alguna, y cuya prevalencia, sin embargo, va en este momento en aumento. Me refiero, claro está, a la adicción a los ordenadores, al sexo, al trabajo, al juego, etc. (Colwell, Grady o Rhaiti, 1995; Polai-

no Lorente, 1998a) En cada uno de estos ámbitos es pertinente abrir la correspondiente línea de investigación, por cuanto que todas estas nuevas adicciones generan manifiestas alteraciones de la autoestima.

Las relaciones interpersonales, en sus diversas manifestaciones, suelen constituir un excelente escenario donde estudiar la autoestima. Este es el caso, por ejemplo, del comportamiento celoso, sea patológico o no y de las rupturas y fracasos emocionales que con tanta frecuencia afectan a adolescentes y jóvenes. En este concreto ámbito deberían estudiarse las posibles relaciones existentes entre las alteraciones de la autoestima y las conductas de apego; la elaboración del “duelo” tras la ruptura de relaciones; el déficit de autoestima que sigue a aquella; etc. La educación sentimental, que la actual y nueva sensibilidad está auspiciando, tiene aquí un ámbito de intervención que le es propio, especialmente desde la perspectiva preventiva.

Algo parecido sucede respecto de otros problemas psicopatológicos, que se sitúan más bien en el contexto del escenario social, propiamente dicho. Este es el caso de la *exclusión y/o autoexclusión* social que caracteriza, por ejemplo, a los “homeless” (Polaino-Lorente, 1998a).

La aparición de trastornos psiquiátricos en *enfermos crónicos* y en pacientes geriátricos es algo muy real con los que tiene que habérselas tanto los especialistas como la propia familia (Polaino-Lorente, 2000; Ranzijn, Keeves, Luszcz y Feather, 1998; Takahashi, Tamura y Tokoro, 1997). Algunas recientes investigaciones se están ocupando del estudio de la patología de la autoestima en ciertas enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple (Crigger, 1996), la epilepsia (Tedman, Thornton y Baker, 1995; Collings, 1994), la afasia (Brumfitt, 1998), la demencia (Brod, Stewart y Sands, 1999), etc.

La *patología de la identidad* —en relación con el género o no, que eso ahora importa menos— ha de ser entendida de un modo más innovador, dadas las variedades del perfil psicopatológico con que hoy se nos ofrece. Lo mismo sucede respecto del *abuso sexual* (Sahota y Chesterman, 1998; Conti, Moncure, Hines, Clack, Smith y Simpkins, 1998).

En todas ellas los trastornos de autoestima constituyen una nota que no suele faltar. De aquí la necesidad de ocuparnos de este ámbito de investigación, tal y como recientemente se ha comenzado a hacer por algunos autores (Hayes, Crocker, Kowalski, 1999; McKinley, 1998; Hayes y Cols. 1999; McIntosh, 1996; Andersen y Williams, 1985).

Por último, es preciso mencionar aquí ese abigarrado y numerosísimo ámbito de los *trastornos psicósomáticos*, cualquiera que fuere su naturaleza, desde la hipocondría a la úlcera de estómago, de los pacientes candidatos a la cirugía estética a los pacientes vasectomizados, pasando por los que

solicitan el cambio quirúrgico de sexo, etc. También en todos ellos la investigación de la autoestima se ofrece muy prometedora.

A lo largo de este recorrido, se ha podido observar que la psicopatología no ha acogido como debiera el estudio de la autoestima. Ello significa que respecto del uso clínico de este término, a pesar de su amplia circulación o precisamente por ello, todavía estamos en un estadio precientífico. Y eso a pesar de que la no relativamente escasa bibliografía sobre este particular haya abierto y dilatado horizontes insospechados sobre este particular. Para lo que interesa a la investigación psicopatológica de este problema, lo realizado hasta ahora no es suficiente. Es preciso, además, que desde otras disciplinas se acometa también su estudio.

El ámbito de la educación es uno de los escenarios naturales más relevantes, a este respecto. Acometer ese reto, sin duda alguna, beneficiaría también a la clínica. De un lado, porque podría contribuir a la prevención de estos déficit y trastornos; y de otro, porque tal vez alumbrase, genere o inspire nuevas vías para el abordaje de estos problemas, vías que tal vez que sean más ecológicas y naturalistas y menos estereotipadas y tecnificadas. Un ejemplo de ello es lo que sucede con los programas infantiles para la mejora de la autoestima en situaciones relativamente críticas, como es el caso de la hospitalización (Polaino-Lorente, 1993).

Por último, porque la perspectiva de la educación moral incide también en el ámbito de la autoestima. De hecho, hay una frontera borrosa y mal establecida —en la actualidad muy escasamente delimitada— entre el concepto de autoestima y otros términos que, aunque de muy diversa naturaleza, le son afines.

Este es el caso, por ejemplo, de la autoexaltación, el orgullo, la vanagloria, el amor propio, la vanidad, la altivez, la soberbia, etc. Poco importa que muchos de ellos hayan sido formulados desde otros contextos disciplinares. El hecho es que, en la práctica, algunos de estos últimos se confunden, concitan, amasan y entreveran con la autoestima, hasta el punto de no poder diferenciarse del todo de ella.

Sea como fuere, el hecho es que también aquí, a propósito de la autoestima, se da la paradoja siguiente: cuanto más se habla de un término, menos se le conoce.

Bibliografía

- Abel, M. H. (1996). Self-esteem: Moderator or mediator between perceived stress and expectancy of success? *Psychological Reports*, 79, 2, 635-641.

- Ashkanasy, N. M. (1997). Attributions for the performance of self and other: It matters who the "other" is. *Australian Journal of Psychology*, 49, 1, 14-20.
- Brauden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. Nueva York: Bantam.
- Brauden, N. (1983). *Honoring the self*. Los Angeles: Tarcher.
- Brauden, N. (1987). *How to raise your self-esteem*. Nueva York: Bantam.
- Brod, M.; Stewaart, A. L. y Sands, L. (1999). Conceptualization of quality of life in dementia. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 1, 7-19.
- Brumfitt, S. (1998). The measurement of psychological well-being in the person with aphasia. *International Journal of Language Communication Disorders*, 33, 116-120.
- Cheung, S. K. (1996). Development of a depressive experiences inventory for use with Chinese early adolescents. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 39, 3, 203-212.
- Collings, J. A. (1994). International differences in psychosocial well-being: A comparative study of adults with epilepsy in three countries. *Seizure*, 3, 3, 183-190.
- Colwell, J.; Grady, C. y Rhaiti, S. (1995). Computer games, self-esteem and gratification of needs in adolescents. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 3, 195-206.
- Conti, C. T.; Moncure, M.; Hines, J.; Clck, Z.; Smith, T. y Simpkins, C. O. (1998). Measurement of self-esteem in repeat assault victims. *Journal of the National Medical Association*, 90, 3, 171-175.
- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 59, 87-94.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freedman & Company.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-Esteem Inventories*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Costanzo, P. R.; Musante, G. J.; Friedman, K. E.; Kern, L. S. y Tomlinson, K. (1999). The gender specificity of emotional, situational and behavioral indicators of binge eating in a diet-seeking obese population. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 2, 205-210.
- Crigger, N. J. (1996). Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis. *Advances in Nursing Science*, 18, 3, 37-47.
- Culp, L. N. y Beach, S. R. H. (1998). Marriage and depressive symptoms: The role and bases of self-esteem differ by gender. *Psychology of women quarterly*, 22, 4, 647-663.
- David, P. y Johnson, M. A. (1998). The role of self in third-person effects about body image. *Journal of Communication*, 48, 4, 37-58.

- Domken, M.; Scott, J. y Kelly, P. (1994). What factors predict discrepancies between self and observer ratings of depression? *Journal of Affective Disorders*, 31, 4, 253-259.
- Duva, D. y Lester, D. (1997). Eating disorder and body image. *Perceptual and motor-skills*, 85, 1, 58.
- Eiser, C; Eiser, J. R. y Havermans, T. (1995). The measurement of self-esteem: Practical and theoretical considerations. *Personality and Individual Differences*, 18, 3, 429-432.
- Emde, R. N.; Harmon, R. J. y Good, W. . (1986). Depressive feelings in children: A transactional model for research. En M. Rutter, C. E. Izard y P. B. Read (eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 135-160). New York y Londres: Guilford Press.
- Epstein, S. (1985). *The self-concept revisited*. *American Psychologist*, 1973, pp. 403-416 (trad. caste. en A. Fierro: *Lecturas de Psicología de la personalidad*. Madrid: Alianza).
- Fierro, A. (1986). Autoestima implícita: su medición y sus correlatos. *Psychological Assessment*, 2, 2, 73-98.
- Fitts, W. H. (1964). *Tennessee Self-concept Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Foster, Y. A. (1997). Brief aikido training versus karate and golf training and university students' scores on self-esteem, anxiety and expression of anger. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 2, 609-610.
- Francis, L. J. (1997). Coopersmith's model of self-esteem: Bias toward the stable extravert? *Journal of Social Psychology*, 137, 1, 139-142.
- Francis, L. J. (1997). The relationship between Rosenberg's construct of self-esteem and Eysenck's two dimensional model of personality. *Personality and individual differences*, 22, 1, 139.
- Francis, L. J. y Wilcox, C. (1995). Self-esteem: Coopersmith and Rosenberg compared. *Psychological Reports*, 76, 3, 1, 1050.
- García-Villamizar, R. D. y Polaino-Lorente, A. (2000). *El autismo y las emociones. Nuevos hallazgos experimentales*. Valencia: Promolibro.
- Hayes, E. y Drummond, R. J. (1998). The culture-free self-esteem inventory and the multidimensional self-esteem inventory. *Psychological Reports*, 82, 3, 1, 953-954.
- Hayes, S. D.; Crocker, P. R. E. y Kowalski, K. C. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: Evaluation of the physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behavior*, 22, 1, 1-14.
- Hellman, C. M. y McMillin, W. L. (1997). The relationship between psychological reactance and self-esteem. *Journal of Social Psychology*, 137, 1, 135-138.

- Hunter, J. A.; Platow, M. J.; Bell, L. M.; Kypri, K. y Lweis, C. A. (1997). Inter-group bias self-evaluation: Domain specific self-esteem, threats identity and dimensional importance. *British Journal of Social Psychology*, 36, 4, 405-426.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Cambridge: Harvard University Press, trad. cast. *Principios de Psicología*, México: Fondo de Cultura económica, 1989).
- Johnson, M. (1998). Self-esteem stability: The importance of basic self-esteem and competence strivings for the stability of global self-esteem. *European Journal of Personality*, 12, 2, 103-116.
- Leitenberg, H.; Yost, L. W. y Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data and comparison between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 528-536.
- Maddux, J. E.; Norton, L. W. y Stoltenberg, C. D. (1986). Self-efficacy expectancy, outcome expectancy and outcome value: Relative effects on behavioral intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 4, 783-789.
- Marchand, A.; Goupil, G.; Trudel, G. y Belanger, L. (1995). Fear and social self-esteem in individuals suffering from panic disorder with agoraphobia. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 24, 4, 163-170.
- Marsh, H. W. y Yeung, A. S. (1999). The lability of psychological ratings: The chameleon effect in global self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1, 49-64.
- McKinley, N. M. (1998). Gender differences in undergraduates' body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and actual/ideal weight discrepancy. *Sex Role*, 39, 1-2, 113-123.
- Nelson, D. M.; Horan, J. J.; Keen, B. St. Peter, C. C. *et al.* (1996) An attempt to improve self-esteem by modifying specific irrational beliefs. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 2, 137-149.
- Newbegin, I. y Owens, A. (1996). Self-esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 3, 521-530.
- Oliver, A.; Pastor, A. y Tomás, J. M. (1996). Análisis funcional confirmatorio de matrices multirrasgo-multimétodo aplicado a la atenuación de efectos de método en medidas de autoestima. *Psicologemas*, 10, 20, 177-191.
- Orbach, I.; Mikulinger, M.; Blumenson, R.; Mester, R. y Stein, D. (1999). The subjective experience of problem irresolvability and suicidal behavior: Dynamics and measurement. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29, 2, 150-164.
- Piers, E. V. (1969). *Manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Nashville, Tennessee. Counselor Recoding and Test.

- Polaino-Lorente, A. (1982). Déficits de autoestima y de tipo emocional del "Learned Helplessness" en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos leves. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 18: 191-211.
- Polaino-Lorente, A. (1983). "Algunos aspectos de las terapias comportamental y cognitiva en el tratamiento de las depresiones reactivas", en: Mayor, J. y Labrador, F.J. (ed): *Manual de modificación de conducta*. Alhambra Universidad. Madrid, pp. 661-690.
- Polaino-Lorente, A. (1984). "Psicopatología de la depresión: parámetros neurofisiológicos y terapias cognitivas", en: Mayor, J. (Ed.): *Actividad humana y procesos cognitivos*. Madrid: Alhambra, pp. 341-366.
- Polaino-Lorente, A. (1987). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A. (1988). El tema del autoconcepto y sus implicaciones en las investigaciones clínicas, en VV. AA.: *Identidad, norma y diversidad*. Ed. Universidad del País Vasco. San Sebastián, pp., 29-52.
- Polaino-Lorente, A. (1992). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia mental. *Actualidad Psiquiátrica*, pp., 20-40.
- Polaino-Lorente, A. (1993). Intervention Programms for developing positive self-concepts in hospitalized children. *International Review of Education*, 39, 3: 229-234.
- Polaino-Lorente, A. (1998a). "El "workaholism" como neurosis de autorrealización en el trabajo", en Buendía, J. (Ed.). *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 159-172.
- Polaino-Lorente, A. (1998b). Marginación, psicología atribucional y enfermedad mental. *Psiquiatría del siglo XV al XXI. Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana*, 2, 1, pp. 7-13.
- Polaino-Lorente, A. (2000). *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?* Madrid: Rialp.
- Ranzijn, R.; Keeves, J.; Luszcz, M. y Feather, N. T. (1998). The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: Confirmatory factor analyses of the bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B, 2, 96-104.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princenton: Princenton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.
- Ryckman, R. M.; Robins, M. A.; Thornton, B.; Gold, J. A. y Kuehnel, R. H. (1985). Physical self-efficacy and actualization. *Journal of Research in Personality*, 19, 288-298.

- Sahota, K. y Chesterman, P. (1998). Mentally ill sex offenders in a regional secure unit II: Cognitions, perceptions and fantasies. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 1, 161-172.
- Stanley, K. D. y Murphy, M. R. (1997). A comparison of general self-efficacy with self-esteem. *Genetic, social and general psychology monographs*, 123, 1, 79-99.
- Steinberg, B. E. y Shaw, R. J. (1997). Bulimia as a disturbance of narcissism: Self-esteem and the capacity to self-soothe. *Addictive Behaviors*, 22, 5, 699, 710.
- Takahashi, K.; Tamura, J. y Tokoro, M. (1997). Patterns of social relationships and psychological well-being among the elderly. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 3, 417-430.
- Tedman, S. Thornton, E. y Baker, G. (1995). Development of a scale to measure core beliefs and perceived self efficacy in adults with epilepsy. *Seizure*, 4, 3, 221-231.
- Vargas, T. y Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. Madrid: Pirámide.
- Wood, A.; Waller, G. y Gowers, S. (1994). Predictors of eating psychopathology in adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 2, 1, 6-13.
- Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1987). How do emotionally disturbed children report their competencies and self-worth? *Journal American Academy Child Adolescence Psychiatry*, 26, 1, 33-38.
- Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1996). Four perspectives on the competence and self-esteem of emotionally disturbed children beginning day treatment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 1, 76-83.