

Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo

Self-esteem and Personality Disorders From linearity to complexity

Juan Manuel Ramos Martín
Hospital Dr. R. Lafora de Madrid, España

Resumen. La relación entre autoestima y psicopatología es compleja. Mediante el RSS (Rosenberg) y otras escalas (SCL90-R, BDI, ISRA, MCMI-II) hallamos, en 100 pacientes con Trastorno de Personalidad, una media de autoestima de 20,48 ($D.T = 5,54$), inferior a otras muestras clínicas y a la población general. Encontramos un “cluster” de autoestima positiva en los rasgos narcisistas e histriónicos; y otro “cluster” de autoestima negativa en los rasgos límites, autodestructivos, fóbico-evitativos, esquizotípicos, pasivo-agresivos y esquizoides ($TB \geq 85$ en el MCMI-II). La apertura a criterios de estabilidad, congruencia e integración con otros procesos permite una comprensión más fecunda del constructo en el ámbito de los Trastornos de Personalidad.

Palabras clave: autoestima, trastornos de personalidad, rosenberg self-esteem scale.

Abstract. The relationship between self-esteem and psychopathology is complex. Using the RSS (Rosenberg) and other scales (SCL90-R, BDI, ISRA, MCMI-II) we found, in 100 personality disorder patients, an average self-esteem of 20.48 ($S.D. = 5.54$), less than in other patients and the general public. A cluster of positive self-esteem made of narcissistic and histrionic traits was found. Another cluster of negative self-esteem is formed by borderline, self-destructive, phobic, schizotypal, passive-aggressive and schizoid traits ($TB \geq 85$ in MCMI-II). By opening research up to criteria of stability, consistency and integration, with other processes, we can gain a more fruitful understanding of personality disorders.

Keywords: self-esteem, personality disorder, rosenberg self-esteem scale.

Introducción

La autoestima es, al fin y al cabo, una faceta de la personalidad: la actitud valorativa que una persona tiene hacia sí mismo, o el componente afectivo de la actitud hacia uno mismo, que puede ser básicamente de aprecio y respeto o de menosprecio y rechazo, favorable o desfavorable (Rosenberg, 1965). Expresa los aspectos valorativos de la identidad personal, siendo recogidos los aspectos perceptivos del sí mismo en el constructo cercano de “autoconcepto” (Moreno, 2007, pág. 454).

Desde esta centralidad, se deduce que estará pre-

sente de un modo u otro en todos los procesos en que interviene la persona, y por eso puede investigarse en todos los ámbitos que interesan a la psicología clínica, tanto desde la vertiente de la vulnerabilidad psicopatológica como desde la vertiente de la resiliencia. De hecho, la vasta acumulación de hallazgos empíricos y publicaciones especializadas dan cuenta de la relevancia de su poder como constructo útil. Desde su aparición en la década de los 50 del siglo pasado, hasta el presente, la progresión en generación de literatura científica ha sido continua y exponencial, y de sus hallazgos partimos en este texto (en la Tabla 2 se encuentra una reseña de artículos que hemos seleccionado por aportar datos normativos de la puntuación en autoestima mediante la escala RSS de Rosenberg en diversas poblaciones).

La correspondencia sobre este artículo de enviarse al autor, al e-mail: jmramos@cop.es

Es muy clara, por demostrada, la asociación entre autoestima y trastornos afectivos. De hecho, la autoestima es, al mismo tiempo, un síntoma de depresión y un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de Depresión Mayor (Ormel, Oldehinkel y Vollebergh, 2004; Talbot, Harris y French, 2009), y lo es en todas las franjas de edad adulta (Orth, Robins, Trzesniewski, Maers y Schmitt, 2009). Pero, más allá de la depresión, véase la selección de trabajos que recogen Garaigordobil, Pérez y Mozaz (2008) mostrando la fecundidad del constructo autoestima en una amplia gama de psicopatología. Por otra parte, si bien la baja autoestima se asocia a psicopatología, la alta autoestima es considerada un factor de protección frente a ella (Takakura y Sakihara, 2001; Calvo, González y Martorell, 2001), una variable relacionada con el bienestar psicológico (Sánchez y Barrón, 2003), un aspecto –en definitiva– de la personalidad resistente (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997).

Los resultados más comunes de la investigación publicada coinciden con lo que espera el sentido común: a mayor autoestima, mayor salud; a menor autoestima, mayor patología; una asociación lineal, por tanto, entre armonía personal (equilibrio, bienestar, salud) y aprecio personal (Autoestima). Alta autoestima correlaciona con sociabilidad, motivación, ajuste personal y bienestar; baja autoestima, al contrario, se asocia a problemas psicosomáticos, retraimiento social, fracaso, sintomatología mayor (Moreno et al., 1997). La investigación sugiere una relación directa entre autoestima y salud mental y una relación inversa con los trastornos mentales (Garaigordobil et al., 2008). ¿Toda la investigación? Veamos.

Talbot et al. (2009), estudiando el valor predictivo de la autoestima en el resultado terapéutico de pacientes con diversa patología psiquiátrica, señala una contradicción entre trabajos que mostraban que la autoestima predice el resultado del tratamiento para la depresión, pero no para la ansiedad, y otros que ofrecían el patrón justamente contrario. Más recientemente, nos recuerdan Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010) que la relación entre autoestima y depresión no es tan lineal y simple como parecía: los desarrollos más actuales apuntan a que no es la baja autoestima, sino su *variabilidad*,

la que supone un aumento de sintomatología depresiva. Salazar-Fraile, Ripoll-Alandes y Bobes (2010), estudiando el valor predictivo para la recaída en el consumo de tóxicos, revela que la autoestima es irrelevante: no representa ni factor de protección ni de riesgo. Udachina et al. (2009) aportan nuevos datos contradictorios, esta vez en el área de estudio de la paranoia. La mayoría de los trabajos muestran niveles bajos de autoestima en individuos paranoicos, pero otros trabajos no. Como explicación de estas incoherencias aluden, por una parte, a la heterogeneidad de los pacientes paranoicos (se señalan al menos dos tipos diferentes de características paranoicas) y, por otra parte, a la extremada fluctuación de la autoestima en esos pacientes.

De la mano de este último artículo comentado hemos empezado a transitar un territorio psicopatológico donde la complejidad de procesos domina sobre la linealidad de sintomatologías: el ámbito de los llamados Trastornos de Personalidad. Al contrario de lo que ocurriría en los síndromes clínicos (trastornos “del Eje I”, en terminología DSM), se rompe la lógica esperada y una alta autoestima podría ser indicio de una mayor gravedad en el ámbito de los trastornos del Eje II. Porque, si es cierto que la autoestima promueve la ejecución de conductas saludables (Torres-Rivas, Fernández y Maceira, 1995), también es cierto que una autoestima positiva elevada puede acompañarse de una insensibilidad a los problemas ajenos, lo que entorpecería el establecimiento de relaciones interpersonales y sociales adecuadas; también puede promover un déficit de realismo autocrítico que dificultaría una resolución eficaz de los problemas (Wells y Marwell, 1974; Heatherton y Ambady, 1993). Y, en los Trastornos de Personalidad, tanto la percepción de sí mismo, como las relaciones interpersonales están definitoria, axiomática, esencialmente alteradas (Pérez, González y Redondo, 2007; Linares, 2007).

Silverstone (1991), comparando diversos grupos diagnósticos de ambos ejes, halla que los pacientes con TP exhiben los niveles más bajos de autoestima, incluso ¡por debajo de los pacientes con depresión! En el mismo sentido va el hallazgo de Lynum, Wilberg y Karterud (2008): el TP explica la varianza en autoestima más que la depresión. La baja auto-

estima no es sólo un síntoma de la depresión, ni sólo un factor de riesgo para otros trastornos: es un epifenómeno de procesos cruciales que constituyen la personalidad y facilitan o dificultan, por diversas vías, la adaptación satisfactoria al entorno.

No es lineal la relación entre autoestima y Trastorno de Personalidad. Watson (1998), en una muestra de 244 estudiantes universitarios sanos, encuentra que la baja autoestima es un potente predictor para determinados trastornos (en realidad rasgos) de personalidad: por evitación, límite, dependiente y obsesivo-compulsiva; pero no encuentran relación entre autoestima y trastorno (rasgo) antisocial, narcisista, histriónico y esquizoide. Si la baja autoestima ya no puede ser concebida como un simple síntoma de trastorno, tampoco puede aceptarse como un mero factor de riesgo para un Trastorno de Personalidad, dado que forma parte precisamente de esa personalidad cuya combinación de procesos constituye un individual gran factor de riesgo para el sufrimiento, la inadaptación socio-familiar, la incapacidad laboral, la acumulación de patología y la consunción de recursos socio-sanitarios. Queda mucho por explicar en la autoestima. Es un proceso que interactúa con otros procesos. Interviene como elemento modulador entre el sentimiento de vergüenza y el autoconcepto implícito (Rüsch et al., 2007), entre el rechazo interpersonal, las atribuciones culpabilizadoras y la activación del sistema Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (Ford y Collins, 2010), entre los problemas cotidianos y la respuesta de estrés (DiPaula y Cambell, 2002), entre el estrés y la evitación experiencial (Udachina et al., 2009), entre abuso infantil, patrones invasivos o negligentes de crianza y psicopatología (Finzi-Dottan y Karu, 2006). Una visión integrada con otros procesos con los que interactúa está aún lejos de ser completa. Por este motivo adquiere particular relevancia el estudio de la autoestima en pacientes con Trastorno de Personalidad.

Objetivos y método

Pretendemos conocer mejor el funcionamiento de la variable autoestima en un grupo de pacientes graves con diagnóstico de Trastorno de Personalidad.

Queremos explorar la relación que autoestima exhibe, en primer lugar, con los síntomas clínicos y, en segundo lugar, con los rasgos patológicos de personalidad.

Hipótesis

1. La autoestima se asocia en una relación inversa con las diferentes escalas de síntomas clínicos (ver el apartado "Instrumentos"): a menor autoestima encontraremos mayor intensidad sintomatológica.
2. La relación de autoestima con los rasgos de personalidad patológica no es homogénea: puede ser tanto directa como inversa.
3. Los rasgos de personalidad narcisistas e histriónicos presentarán mayores niveles de autoestima.
4. Los rasgos de personalidad límites, esquizoides, fóbico-evitativos y autodestructivos obtendrán menores niveles de autoestima.

Participantes

Forman parte de la investigación todos los pacientes (N = 100) que han sido atendidos entre los años 2008-2011 en una unidad hospitalaria específica para Trastornos de Personalidad graves (UTP). Todos ellos fueron derivados con un diagnóstico de Trastorno de Personalidad, con las características de imposibilidad de contención y progreso terapéutico en los recursos ambulatorios y de voluntariedad en el ingreso. Como criterios de exclusión se señalan la presencia activa de dependencias tóxicas, el diagnóstico de Trastorno Antisocial y la no voluntariedad. Todos los pacientes han tenido varios intentos autolíticos previos, son frequentadores de los servicios de Salud Mental y de las urgencias hospitalarias y sufren una problemática socio-familiar importante. Los que no están de baja laboral, tienen reconocida una situación de incapacidad e incluso algún grado de minusvalía. El rango de edad está entre los 19 y los 52 años ($M: 34.96$; $SD: 7.141$). Hay un predominio del sexo femenino (el 83 % son mujeres). El diagnóstico prevalente con el que nos fueron deri-

vados es el de Trastorno Límite de Personalidad (en el 60% de los casos), siendo los demás Trastorno de Personalidad Mixto (22%), Trastorno de Personalidad Sin Especificar (16%) y Trastorno Histriónico (2%).

Instrumentos de evaluación

- *Escala de Autoestima de Rosenberg (RSS)* (Rosenberg, 1965; 1989).

Es uno de los instrumentos de medida de la autoestima más utilizados por su sencillez, rapidez de aplicación y calidad psicométrica. Mediante un listado de 10 afirmaciones, el sujeto expresa la percepción que tiene de su propia valía. Los análisis del cuestionario tienden a confirmar su estructura unidimensional. En España se han hallado niveles de fiabilidad y validez adecuados, tanto en muestras clínicas (Baños y Guillén, 2000; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004), como no clínicas (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000; Pastor, Navarro, Tomás y Oliver, 1997; Salgado e Iglesias, 1995). El trabajo más reciente aporta una traducción validada y confirma tanto las fortalezas psicométricas (consistencia interna, estabilidad temporal, validez de constructo) como la estructura unidimensional propuesta por Rosenberg (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007).

- *Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R)* (Derogatis, 2002; versión española en TEA).

Diseñado para valorar una amplia gama de características psicopatológicas, es uno de los instrumentos más utilizados. El individuo puntúa, en una escala tipo Likert de 0 a 4 hasta qué punto se siente molesto por cada uno de los 90 síntomas elencados. Cuenta con 10 escalas y tres índices globales de malestar. Su fiabilidad es aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados ($\alpha > .81$) y test-retest superiores a .78.

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Sanz y Vázquez, 1998).

Su generalizado uso y la amplia investigación acumulada garantizan sus excelentes propiedades psicométricas. Evalúa la presencia de síntomas de

depresión mediante la elección de una de cuatro alternativas, puntuadas de 0 a 3, de entre 21 ítems.

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1997).

Es un instrumento basado en la perspectiva interactiva y multidimensional de la ansiedad, que permite puntuar en cuatro situaciones ansiogénicas (Evaluación, Interpersonal, Fóbica, y Cotidiana) y cuatro tipos de respuesta (Cognitiva, Fisiológica, Motora y Global). Son adecuadas sus características psicométricas (fiabilidad test-retest superiores a .68; coeficientes mayores de .95; validez convergente demostrada con el MAS de Taylor y el STAI de Spielberger).

- *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)* (Millon, 1999; versión española en TEA).

Extensamente utilizado con fines clínicos y de investigación, aporta un perfil de 10 escalas básicas de personalidad más 3 escalas de personalidad patológica severa, así como otras escalas de síndromes clínicos del Eje I. Consta de 175 ítems con respuesta dicotómica.

Procedimiento

Todos los pacientes ingresados en la UTP completan un paquete de cuestionarios de autoinforme cuyos resultados, junto con la observación cotidiana y la información recabada en las entrevistas de valoración de ingreso y la obtenida mediante informes clínicos, ayudan a configurar un Plan de Tratamiento Individual que es revisado periódicamente. Los instrumentos que utilizamos para este artículo forman parte de tal paquete de cuestionarios. El análisis de los datos se realiza con el programa PASW Statistics 18. Para la asociación de variables nos servimos del coeficiente de correlación r de Pearson. Mediante ANOVAs comparamos las diferencias en Autoestima que presentan los diferentes niveles de intensidad (leve, moderado, grave y extremo) de las escalas sitomatológicas. Dicotomizamos las escalas de rasgos de per-

sonalidad del MCMI-II según el punto de corte conservador (T.B. ≥ 85) y comparamos las medias en autoestima (RSS) mediante la prueba t-Student para muestras independientes. Adoptamos un nivel de confianza mínimo del 95% para rechazar la hipótesis nula, y el cociente “d” de Cohen para el cálculo del tamaño del efecto.

Resultados

En la **Tabla 1** se recogen las puntuaciones medias de los pacientes en diversas escalas de sintomatología clínica (advértase la elevada dispersión que refleja la desviación típica, mostrando la gran variabilidad y heterogeneidad de las puntuaciones) así como sus correlaciones, elevadas y negativas, con autoestima (RSS)

Ésta no aparece asociada a la edad (Pearson: $r =$

-0.113 ; $p = 0.262$), ni diferencia entre varones y mujeres ($t_{(98)} = .30$; g.l. = 98; $p = .976$). La puntuación media en autoestima es 20.48 (D.T. = 5.54; rango 10-38), por debajo de la media obtenida en los estudios publicados con población general y clínica (ver **Tabla 2**). Las muestras clínicas presentan una desviación típica mayor que las muestras de población general. Los grupos de Trastornos de Personalidad presentan la media más baja en autoestima (véase la **Figura 1**).

Con respecto a las escalas clínicas de sintomatología general (Índice Global de Severidad, GSI, del SCL90-R), ansiosa (Escala Global del ISRA) y depresiva (BDI), en la **Tabla 3** y **Figura 2** se observan diferencias significativas (ANOVA) en autoestima según el grado de intensidad patológica.

La asociación entre autoestima (RSS) y escalas de personalidad (MCMI-II) es de diferente signo e inten-

Tabla 1. Media y desviación típica (D.T.) de las escalas sintomatológicas y su correlación (r de Pearson) con autoestima (RSS)

<i>Instrumento (y medida)</i>	<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>D. T.</i>	<i>Correlación con RSS (Autoestima)</i>
BDI (Puntuación directa)	Depresión	26.42	12.24	-.556**
ISRA (Global. centil)	Ansiedad	72.012	31.40	-.321**
SCL90-R (GSI. centil)	Malestar general	77.09	21.97	-.555**

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

Tabla 2. Datos normativos de autoestima (RSS) en diversos estudios publicados y en nuestra muestra en la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP)

<i>Publicación</i>	<i>Sujetos</i>	<i>Media</i>	<i>D. T.</i>
Pullmann y Ailic, 2000	Muestra no clínica	38.7	—
Baños y Guillén, 2000	Muestra no clínica	30.4	—
Schmitt y Allik, 2005	Muestreo sobre 53 naciones: datos de Canadá	30.2	4.69
Rüsch et al., 2007	Grupo de control (N = 60)	35.1	4
Martín Albo et al., 2007	420 estudiantes	31.83	4.23
Garaigordobil et al., 2008	1579 sujetos (muestreo general de la población vasca)	31.55	4.51
Orth et al., 2009	1685 sujetos (muestreo general de población californiana)	34.1	4.5
De la Fuente et al., 2010	65 Docentes españoles	33.55	4.62
Salaberría y Echeburúa, 1995	Muestra clínica	25.8	—
Baños y Guillén, 2000	Pacientes con Fobia Social	25.6	—
Page y Hook, 2003	311 pacientes con trastornos afectivos	22.5	6.4
Vázquez et al., 2004	533 usuarios de CSM	25.7	5.57
Rüsch et al., 2007	30 pacientes con Fobia social	26.4	8
Rüsch et al., 2007	60 pacientes con TLP	19.7	7
UTP, 2011	100 pacientes con TLP ingresados en nuestra Unidad Hospitalaria	20.48	5.6

Tabla 3: Datos descriptivos y ANOVA de las diferencias que los diversos grados de las escalas sintomatológicas muestran en la variable dependiente autoestima (RSS). Los puntos de corte se han tomado, para el BDI, de Sanz y Vázquez (1998), y para el ISRA y el SCL90-R de sus respectivos manuales

BDI					
Nivel (puntuación directa)	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%
Leve(<16)	19	26.11	5.887	1.351	23.27 / 28.94
Moderado (17-29)	40	21.80	4.746	.750	20.28 / 23.32
Grave (>30)	41	17.66	3.979	.621	16.40 / 18.91
Total	100	20.92	5.608	.561	19.81 / 22.03
Suma de cuadrados		gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	977.951	2	488.976		
Intra-grupos	2135.409	97	22.015	22.211	.000
Total	3113.360	99			
ISRA					
Nivel Global (puntuación centil)	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%
Mínimo (<25)	10	23.50	6.996	2.212	18.49 / 28.50
Moderado (25-74)	22	22.77	6.225	1.327	20.01 / 25.53
Severo (75-98)	44	20.20	4.623	.697	18.8 / 21.61
Extremo (99)	7	15.14	2.410	.911	12.91 / 17.37
Total	83	20.86	5.638	.619	19.62 / 22.09
Suma de cuadrados		gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	397.885	3	132.628		
Intra-grupos	2208.380	79	27.954	4.744	.004
Total	2606.265	82			
SCL90-R					
Nivel Global (GSI) (puntuación centil)	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%
Mínimo (<25)	5	31.40	1.517	.678	29.51 / 33.28
Moderado (25-74)	27	23.15	5.776	1.112	20.86 / 25.43
Severo (75-98)	68	19.26	4.517	.548	18.17 / 20.36
Extremo (99)	0	—	—	—	—
Total	100	20.92	5.608	.561	19.81 / 22.03
Suma de cuadrados		gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	869.517	2	434.759		
Intra-grupos	2243.843	97	23.132	18.794	.000
Total	3113.360	99			

sidad. Véanse las correlaciones de la **Tabla 4**. Por un lado, las escalas autodestructiva, límite, fóbica, esquizotípica, esquizoide y pasivo/agresiva cuentan con una importante asociación inversa con autoestima. Por otro lado, otro grupo de escalas exhiben una relación directa, positiva, con autoestima: narcisista e histriónica. Véase la **Figura 2**.

En la **Tabla 5** exponemos las diferencias en autoestima que presentan las escalas de personalidad del MCMI-II dicotomizadas según el punto de corte de Tasa Base = 85. En la **Figura 3** aparece una selección de las escalas donde la diferencia es significativa (prueba t-Student con $p < .05$), ordenadas de mayor a menor según el tamaño del efecto (d de Cohen).

Figura 1. Medidas de autoestima (RSS) en diversos estudios con población normal, población clínica general y Trastornos de personalidad

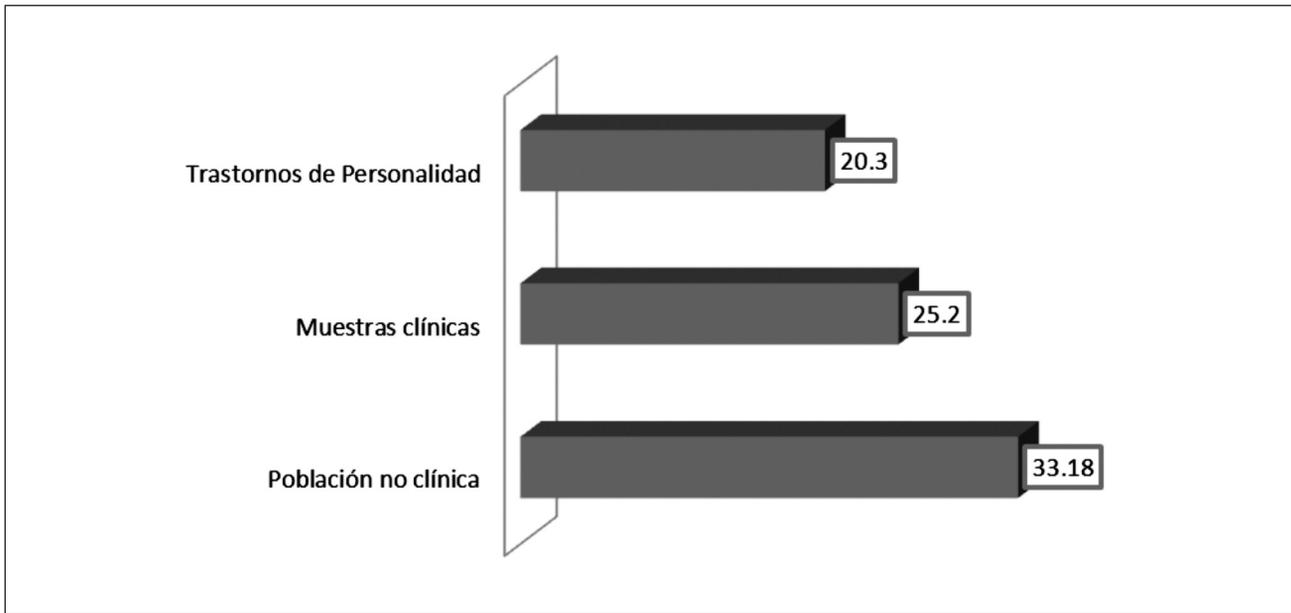


Figura 2. Puntuación media en autoestima (RSS) de las tres escalas sintomatológicas (GSI del SCL90-R; ISRA y BDI) según grados de intensidad

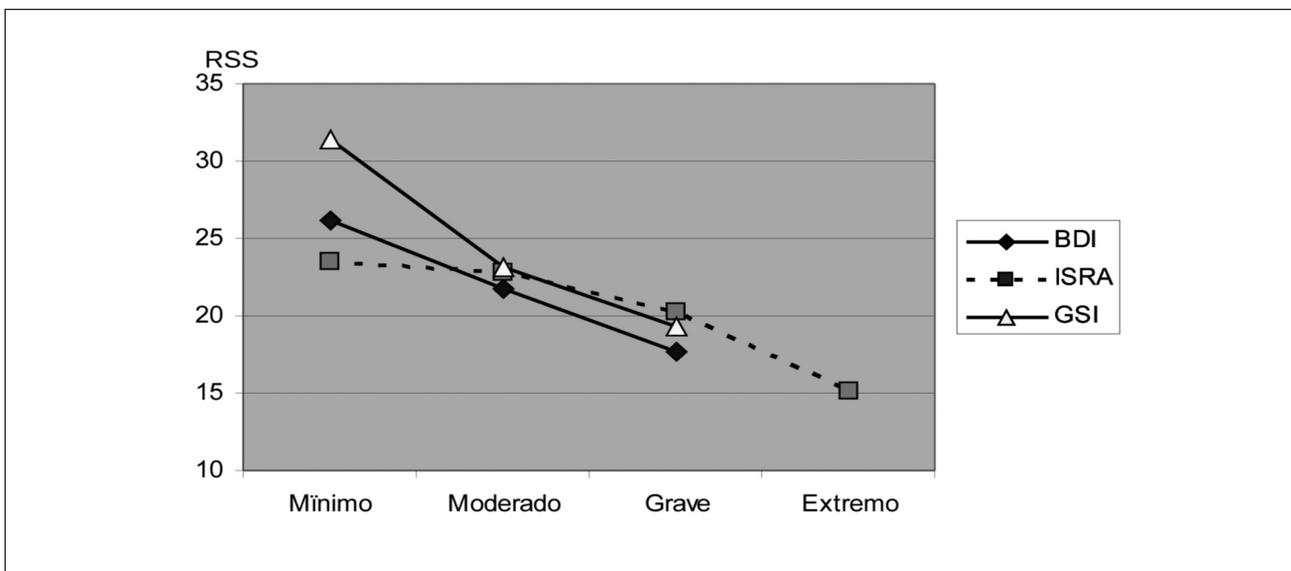


Tabla 4: Correlación (r de Pearson) entre RSS y las diferentes escalas del MCMI-II

Esquizoide	Fóbica	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial	Agresivo/sádica
-.245*	-.383**	-.185	.265*	.280*	.150	.101
Compulsiva	Pasivo/agresiva	Auto destructiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide	
.109	-.315**	-.489**	-.374**	-.430**	-.090	

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). * Al nivel 0.05 (bilateral)

Tabla 5. Media de autoestima (RSS) según los rasgos de personalidad (escalas del MCMI-II) dicotomizados con el criterio de Tasa Base = 85. Estadísticos descriptivos, prueba t-Student de diferencia de medias y cociente d de Cohen para tamaño del efecto

Escalas MCMI-II	N	Media	D.t.	Error típ. de la media	t	gl	Sig. (bilat.)	Difer. de medias	Error típ de la difer.	d Cohen	
Esquizoide	<85	80	21.48	5.607	.627	2.010	98	.047	2.775	1.381	.515
	≥85	20	18.70	5.162	1.154						
Fóbica*	<85	41	23.12	6.129	.957	3.288	71.03	.002	3.732	1.135	.690
	≥85	59	19.39	4.687	.610						
Dependiente*	<85	65	21.20	6.180	.767	.750	90.55	.455	.800	1.067	.151
	≥85	35	20.40	4.387	.742						
Histriónica	<85	88	20.65	5.494	.586	-1.320	98	.190	-2.269	1.719	-.386
	≥85	12	22.92	6.273	1.811						
Narcisista	<85	85	20.42	5.493	.596	-2.145	98	.034	-3.310	1.543	-.597
	≥85	15	23.73	5.599	1.446						
Antisocial	<85	72	20.76	5.798	.683	-.445	98	.658	-.558	1.254	-.102
	≥85	28	21.32	5.164	.976						
Agresivo/sádica	<85	86	21.10	5.688	.613	.815	98	.417	1.319	1.619	.244
	≥85	14	19.79	5.132	1.372						
Compulsiva	<85	90	20.82	5.476	.577	-.521	98	.603	-.978	1.876	-.157
	≥85	10	21.80	6.957	2.200						
Pasivo/agresiva	<85	40	22.50	6.193	.979	2.353	98	.021	2.633	1.119	.472
	≥85	60	19.87	4.959	.640						
Autodes tructiva*	<85	35	23.94	6.668	1.127	3.751	48.63	.000	4.651	1.240	.859
	≥85	65	19.29	4.164	.516						
Esquizo típica	<85	68	22.01	5.901	.716	2.955	98	.004	3.421	1.158	.683
	≥85	32	18.59	4.118	.728						
Límite*	<85	32	24.31	6.388	1.129	3.992	45.45	.000	4.989	1.250	.924
	≥85	68	19.32	4.417	.536						
Paranoide	<85	95	20.82	5.558	.570	-.768	98	.445	-1.979	2.578	-.318
	≥85	5	22.80	6.907	3.089						

*Sin asumir varianzas iguales: Prueba de Levene $p < 0.05$.

Figura 3: Gráfico de las correlaciones (r de Pearson) entre autoestima (RSS) y personalidad (MCMI-II) ordenadas por intensidad y sentido

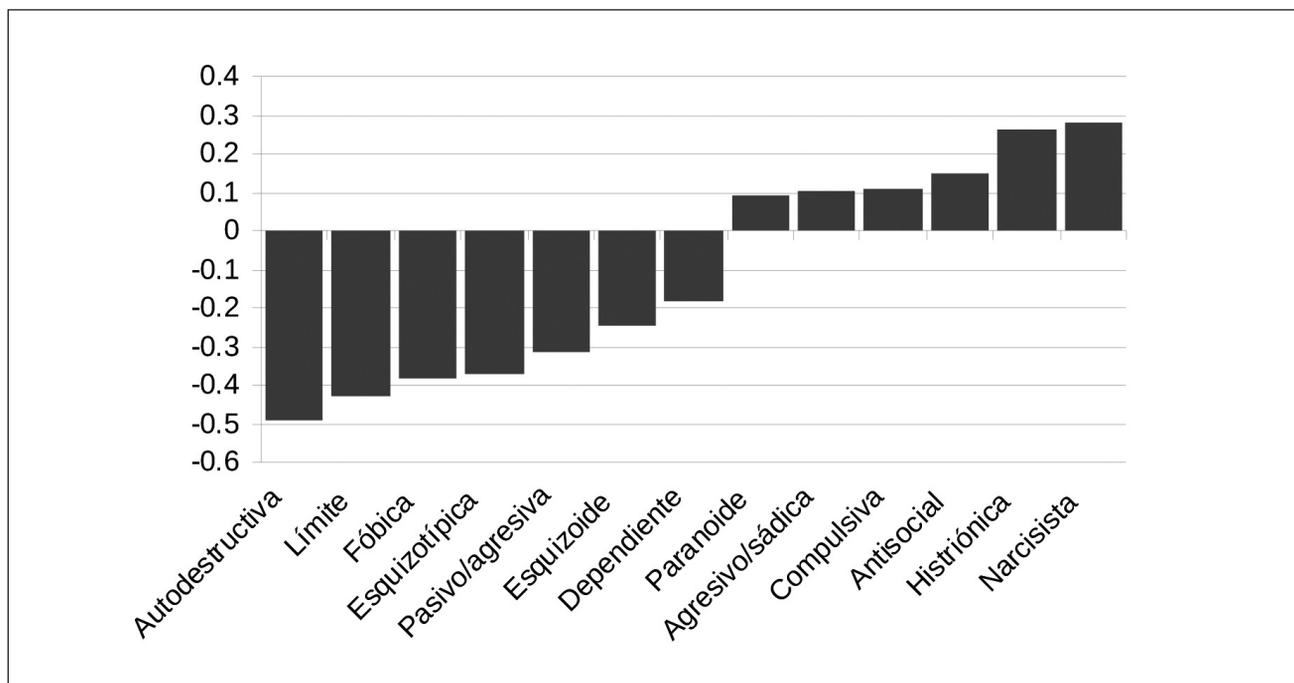
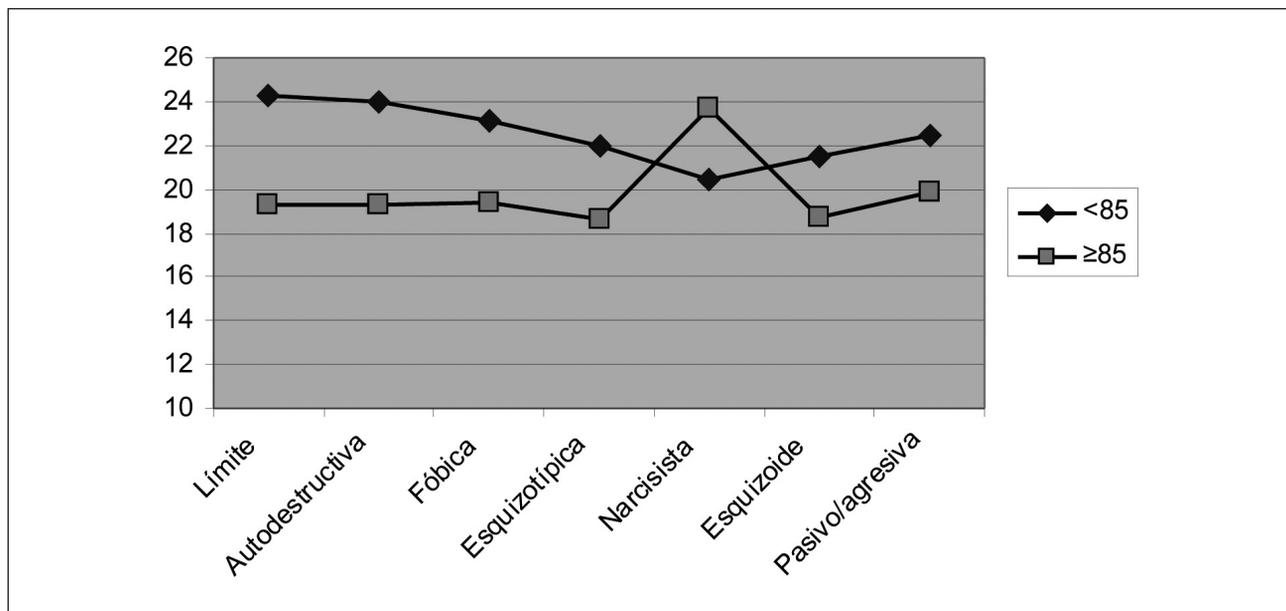


Figura 4: Media de autoestima en las escalas del MCMI-II en las que la diferencia entre los que superan el punto de corte (T.B. ≥ 85) y los que quedan por debajo es significativa ($p < 0,05$), ordenadas de mayor a menor según el tamaño del efecto “d”



Discusión y conclusiones

El cuadro de autoestima dibujado por los datos obtenidos en nuestro grupo de pacientes con Trastorno de Personalidad es similar, en unos aspectos, al exhibido en otras muestras generales y clínicas, y diferente en otros aspectos. Es similar en su independencia con la variable sexo: efectivamente, no encontramos diferencias de autoestima entre varones y mujeres en nuestra muestra. Esto es coincidente con los resultados de Garaigordobil et al. (2008). Otros estudios, es cierto, muestran resultados desiguales: en general, tienden a encontrar una media ligeramente superior masculina en los ítems positivos del RSS y femenina en los negativos; las diferencias de resultados podrían explicarse, en parte, por la presencia de elementos socioculturales diferenciales (Martín-Albo et al., 2007). La variable edad, en cambio, parece comportarse de manera diferente: en nuestro grupo de pacientes no aparece relacionada con autoestima, y esto es contrario al hallazgo de Garaigordobil et al. (2008). Las diferencias muestrales explican la no coincidencia: su muestra es mucho más numerosa (1579 sujetos frente a 90); es de población general, no clínica; su rango de edad (de 12 a 65 años) más amplio que el nuestro (19-52) y su intención ha sido investigar

expresamente las diferencias por estratos de edad, frente a nuestros datos que, en esta variable, son incidentales. Otro aspecto en el que no hay similitud con otras poblaciones es el grado de intensidad media obtenido: habría una graduación de mayor a menor autoestima entre los extremos de población general por un lado (33.18 puntos en el RSS) y pacientes con Trastorno de Personalidad por otro (20.48), siendo la población clínica (Eje I) el grupo intermedio (25.2). Esto ha de ser interpretado en contra de la idea de una posible “egosintonía” en los Trastornos de Personalidad, y nos debe llevar a una profundización de los significados funcionales del constructo en interacción con procesos que resultan en patología, sufrimiento y desadaptación.

Con respecto al comportamiento de la Autoestima con las variables sintomatológicas, nuestros datos con Trastornos de Personalidad confirmarían lo que la “perspectiva lineal” ha señalado reiteradamente en otras poblaciones: una relación inversa entre autoestima y psicopatología. Los ya citados Garaigordobil et al. (2008), haciendo un muestreo de la población de Euskalherria (muestra por tanto no clínica) de 1579 individuos, encuentran una relación inversa entre la Autoestima (RSS) y todas las escalas psicopatológicas que integra el *Cuestionario de Síntomas de Derogatis* (SCL90-R), siendo el índice

de correlación con la puntuación global de $r = -.37$. Anteriormente, Vázquez et al. (2004) habían aportado datos similares con los mismos instrumentos (RSS y SCL90-R), pero esta vez con una muestra clínica (533 sujetos derivados a varios Centros de Salud Mental de Andalucía): la correlación entre autoestima y puntuación global en el SCL90-R era también negativa, pero de mayor magnitud ($r = -.61$). Los índices de correlación hallados en nuestra muestra son negativos y significativos en las escalas sintomatológicas (SCL90-R, BDI, ISRA) y en sus correspondientes subescalas. Y considerando diferentes niveles de intensidad psicopatológica (leve, moderado, grave y extremo) en malestar general, depresión y ansiedad, los niveles de autoestima han presentado una diferencia equivalente. Ante tan tozuda asociación, cabe preguntarse si la Autoestima es causa o consecuencia del padecer. Que la baja autoestima sea un factor etiológico de patología se ha mostrado para el caso de la depresión (Orth et al., 2009), donde la dirección parte desde la autoestima baja (antecedente) hacia la sintomatología (consecuente), y no viceversa. Pero el diseño de nuestro estudio tiene la limitación de no marcar un único sentido de marcha entre ambas variables.

Con respecto a los rasgos de personalidad, el patrón comportamental de la autoestima es más complejo. Lynum et al. (2008) comparan la autoestima entre pacientes con Trastorno Límite y pacientes con Trastorno Evitativo; ambos presentan niveles bajos autoestima, pero menor aún los pacientes evitativos que los límites. Ya se citó a Watson (1998), quien encuentra en la baja autoestima un potente predictor para determinados trastornos de personalidad (por evitación, límite, dependiente y obsesivo-compulsivo) pero para otros no encuentra relación alguna (trastorno antisocial, narcisista, histriónico y esquizoide). Nosotros hemos encontrado, también, que la autoestima adopta diverso comportamiento con diferentes grupos (*clusters*) de escalas de personalidad: relación fuerte (hablamos tanto de nivel de confianza de los índices de correlación como del tamaño del efecto de la diferencia de medias) e inversa (negativa) con los rasgos de personalidad límite, autodestructiva, fóbico-evitativa, esquizotípica, esquizoide y pasivo-agresiva; relación fuerte y directa (positiva) con personalidad nar-

cisista; ausencia de relación con personalidad dependiente, paranoide, agresivo-sádica, compulsiva, antisocial e histriónica. (Las discrepancias con Watson pueden ser atribuidas a las diferencias de población, diseño, análisis e instrumentos: utiliza el *Coolidge Axis-II Inventory*, que tiene una validez convergente mediana, -concretamente de .58- con el MCMI-II).

No creemos que la baja autoestima sea un “síntoma” del Trastorno de Personalidad, sino la constatación de procesos que constituyen el trastorno. Y no cumple la misma función la autoestima en un trastorno Límite o por Evitación de Personalidad que en un trastorno Narcisista. En la heterogeneidad de las personalidades patológicas (rasgos extremos), la relación autoestima-salud no es lineal. Teniendo en cuenta que las escalas no clasifican personas, sino rasgos, el constructo Autoestima es más complejo de lo esperado: hay personas, por ejemplo, con rasgos a la vez límites y narcisistas elevados, esto es, con una tendencia doble y contraria a alta y baja Autoestima; sometidos, pues, a fuerzas opuestas. El 7 % de nuestros pacientes presentan puntuaciones por encima de la Tasa Base de 85 en el MCMI-II (opción conservadora) en las dos escalas a la vez.

En el artículo anteriormente citado de Orth et al. (2009) se apuntan unos “procesos mediadores interpersonales” (además de los intrapersonales, como la rumiación cognitiva) entre la autoestima y la depresión: la búsqueda de confirmación externa de la autovalía, la sensibilidad al rechazo y las conductas de evitación social. De manera que la autoestima pondría en marcha –o modularía- unos procesos determinados y trazables que explicarían la sintomatología. Ésta, a su vez, de modo retroactivo, confirmaría (reforzaría) la autoestima y la recursividad de los procesos, dificultando el cambio. Esta aproximación de procesos intervinientes dentro de la autoestima hace de ella un constructo más “fecundo” que la mera constatación lineal, al atender a su complejidad: su puesto en el proceso que lleva a la perturbación sintomatológica, su propia y variable dinámica, su asociación con otras variables que pueden incidir más directa e intensamente con la salud y el equilibrio. Y en eso interviene la personalidad como estructura unificadora de procesos idiosincrásicos (Moreno, 2007).

Una elevada autoestima puede estar asociada a alta deseabilidad social (propia de personas dependientes), y la baja autoestima, a victimismo (propio de somatizadores o histriónicos). Para muchos autores, los pacientes con Trastorno de Personalidad encuentran dificultades importantes para el reconocimiento del *self*, o de los estados emocionales propios y ajenos. Estas personas habrían de basarse en claves externas para darse y para dar una explicación de sus sentimientos y comportamientos: lo que ellos creen que otros esperan que diga (deseabilidad social), o lo que ellos creen necesitar decir a fin de conseguir sus metas (búsqueda de un efecto interpersonal: persuasión, victimismo, solicitud de ayuda, agresión...). Esta complejidad puede ser mejor aprehendida desde la amplitud que se está otorgando al constructo por parte de quienes distinguen entre autoestima “variable o estable”, autoestima “implícita y explícita”, autoestima “dañada” y autoestima “frágil”. Vázquez et al. (2010) citan varios estudios demostrativos de que –por una parte- la inestabilidad de la autoestima, más que su nivel, y –por otra parte- su carácter implícito, más que el explícito, lo que predice un aumento posterior de síntomas depresivos. Autoestima “explícita” es aquella de la que puede informar el propio individuo, siendo “implícita” la que sólo es accesible indirectamente. Cuando ambos aspectos son discrepantes, la autoestima aparece asociada a conductas defensivas, mayor morbilidad física y psicológica, y menor nivel de bienestar percibido (Schröder-Abé et al., 2007). Autoestima “frágil” es la combinación de alta autoestima explícita y baja autoestima implícita. Zeigler-Hill (2006) encontró niveles mayores de narcisismo entre aquellas personas con alta autoestima “frágil”, y señala que la estabilidad se da cuando hay congruencia entre la autoestima explícita y la implícita. Denomina autoestima “dañada” cuando es baja tanto la explícita como la implícita. Vater, Schröder-Abé, Schütz, Lammers y Roepke (2010), por su parte, han investigado la discrepancia entre autoestima explícita e implícita en muestras de personas con Trastorno Límite de la Personalidad, encontrando una asociación de “autoestima incongruente” con la severidad de los síntomas específicos del Trastorno Límite, y no con la sintomatología psicopatológica general, como depresión. Proponen

que esto sea interpretado en el marco de las típicas actitudes dicotómicas y auto-discrepantes de la personalidad de los pacientes con Trastorno Límite. Es una debilidad de nuestro trabajo no haber atendido a la consideración de la autoestima “implícita”, lo que habrá de ser completado en ulteriores investigaciones, así como seguir desarrollando la metodología evaluativa de estos aspectos no declarativos de la actitud autovalorativa del sujeto.

En el ámbito de los Trastornos de Personalidad resulta aplicable la distinción orteguiana entre “ideas” y “creencias”, entre lo que uno dice pensar y lo que realmente rige la conducta. En otras palabras, no tienen por qué coincidir necesariamente la atribución subjetiva de lo que a uno mismo le sucede y los procesos que entran en juego y explican lo que sucede en un momento dado. Uno puede pensar que se quiere a sí mismo, pero mostrar con sus actos repetidos una patente desvaloración. Pensemos en la “autoestima-como-búsqueda”, la lucha por conseguirla y defenderla: es una experiencia muy diferente a la “autoestima-como-pacífica-aceptación-básica” de uno mismo. En el primer caso, la autoestima implicaría un incremento de la ansiedad, cuando uno establece como meta la costosa recuperación del estatus amenazado (Crocker y Park, 2004).

La brecha existente entre lo que está “realmente” en juego y lo que un paciente llega a entender de ello es un aspecto de la disociación entre procesos que se evidencia en la clínica de los Trastornos de Personalidad (Semerari y Dimaggio, 2008). La distinción entre autoestima “implícita” y “explícita” (Frank, Raedt y Der Houwer, 2007) alude a esta disociación. Cuando hay discrepancia entre ambas (entre la autovaloración que declara el sujeto y la que es accesible indirectamente), tanto en la forma de autoestima “frágil” (alta autoestima explícita y baja autoestima implícita), como en la de autoestima “dañada” (baja autoestima explícita y alta autoestima implícita), aparecen las conductas defensivas, una mayor morbilidad física y psicológica, y un menor nivel de bienestar percibido (Schröder-Abé et al., 2007).

Una autoestima hipersensible, variable, fluctuante, aunque fuera elevada, no contribuiría a garantizar salud mental. Elevaría, eso sí, el nivel del rasgo de narcisismo. En nuestra muestra de Trastornos de

Personalidad graves, el grupo de los que tenían mayor narcisismo (por encima de la Tasa Base de 75 en el MCMI-II) mostraban, además de mayor autoestima ($p = .039$), menor depresión (BDI), ansiedad (ISRA) y perturbación general (SCL90-R) en todas las pruebas de comparación de medias mediante la *t*-Student ($p < .025$). Esto nos abre a la cuestión del narcisismo como factor de protección. ¿Qué aspecto del narcisismo? Estudiando el valor predictivo ante consumo de drogas, Salazar-Fraile et al. (2010), encuentran en el “narcisismo manifiesto” un factor de protección frente a recaídas. Si el narcisismo es un factor de protección, puede serlo por el grado de autoestima que este rasgo integra, o por otros mecanismos que están entrando en juego, como la búsqueda de claves externas exitosas, o el tesón, el orgullo y la persistencia... Notemos el dato de que la correlación negativa de autoestima con las escalas clínicas es muy superior a la del narcisismo: severidad global (SCL90-R), $-.555$ frente a $-.275$; depresión (BDI), $-.566$ frente a $-.365$, exceptuando la escala de ansiedad (ISRA): $-.321$ frente a $-.392$. Ello sugiere que el constructo autoestima es más “limpio” como concitador de procesos salutógenos o resilientes que el narcisismo en cuanto tal.

En nuestro trabajo se ha optado por una medida unidimensional de la autoestima, para contemplar el aspecto más global e integrador de la misma. Pero existen otras aproximaciones más específicas, como la propuesta multidimensional de O’Brien y Epstein (1983), cuya utilidad sería mayor para afinar el pronóstico del comportamiento en situaciones específicas. No obstante, para entender tendencias generales, globales, que era nuestra pretensión, la elección de la medida de Rosenberg estaría justificada. Pero la medida unidimensional no simplifica la compleji-

dad fecunda que venimos argumentando en este trabajo. Es preciso encontrar una comprensión, un modelo, que dé razón de los datos y sus implicaciones en el conjunto de los procesos que constituyen la personalidad.

Concluamos afirmando que, en el ámbito de los Trastornos de Personalidad, aparece una complejización de la sintomatología. El Eje II (los rasgos de personalidad patológica) otorga a los diagnósticos del Eje I (los síndromes de significación clínica) una pluridimensionalidad que dificulta su abordaje terapéutico. La ansiedad, la depresión, el dolor... van cambiando de significado funcional según el mensaje que una persona quiere transmitir a su entorno o a sí mismo. La autoestima cae también bajo la espiral de complejidad cuando es observada en personas con Trastorno de Personalidad. En estos casos, ya no es certera la simple aproximación lineal según la cual a mayor autoestima, mayor bienestar y mayor salud. Se hace preciso extender el tradicional y simple criterio cuantitativo de **intensidad** (autoestima alta o baja) para incorporar criterios de **variabilidad** (autoestima estable o inestable), **fragilidad** (autoestima explícita congruente o discrepante con autoestima implícita) y **dinamicidad** (autoestima integrada en la red de procesos psicobiológicos con los que interactúa). Cuando el modelo conceptual de la autoestima se enriquece (complejiza) con estas nuevas dimensiones, y se integra en la complejidad de la personalidad-en-contexto, su capacidad para explicar, predecir e intervenir en la conducta humana aumentará de manera fecunda. Seguir desbrozando la complejidad de este constructo y su implicación con procesos atribucionales, autorreguladores, decisionales y conductuales habrá de ser objeto de ulteriores investigaciones.

Extended Summary

Self-esteem, the appreciative attitude that a person has towards himself, is a facet of personality. It is a construct that is very close to that of self-concept, and related to identity. It will therefore be present in every psychological process involving the person, and has been widely investigated. The most common results of published research agree on a linear negative association between self-esteem and

psychopathology. This relationship has been particularly studied with regard to affective disorders; low self-esteem is a symptom of depression, but also a vulnerability factor for depression. With similar reasoning, high self-esteem has been found to be related with well-being, as it is a protective factor against disease, an element of resilient personalities. Some authors, nevertheless, show that the relationship is

not always so simple; for instance, it has been found that it is not low self-esteem, but rather its variability which is the factor that accounts for increasing depressive symptoms.

Within the field of Personality Disorders, the relationship is especially complex. Various authors have been broadening our understanding of this construct, and increasing its usefulness, through the inclusion of new criteria, such as stability, consistency and integration with other relevant psychological processes. Self-esteem plays a role in a whole network of reciprocal modulations; for instance, between the feeling of shame and the implicit self-concept, between interpersonal rejection, guilty attributions and activation of the hypothalamus-pituitary-adrenal system, between everyday problems and the response to stress, between stress and experiential avoidance, between child abuse, invasive or negligent patterns of upbringing and psychopathology. An integrative vision of the relevant processes involved in health and well-being is still lacking, and still needed.

Objectives and method

Through this paper, we intend to improve understanding of the complex role of self-esteem among patients with diagnosis of a severe Personality Disorder, in relation both to clinical symptoms and to personality traits. We put forward the hypothesis of (1) a negative correlation between self-esteem and symptomatic variables (anxiety, depression, general disturbance); (2) a complex association with different pathological traits, positive with narcissistic and histrionic traits and negative with borderline, schizoid, phobic-avoidant and self-destructive traits.

Participants

The patients ($N = 100$) attended to between the years 2008-2010 in a specific hospital unit for severe Personality Disorders took part in the research. They were referred to our service with a diagnosis of Personality Disorder, when the containment and treatment in outpatient resources was

problematic, and they voluntarily agreed by signing a therapeutic contract. Exclusion criteria were active toxic dependency and diagnosis of an Antisocial Disorder. All patients had previously made several suicide attempts, had overused mental health and hospital emergencies services and suffered from significant work, social and family maladjustment. The age range was from 19 to 52 years ($M = 34.96$; $SD = 7.14$), and there was a predominance of women (83%). The prevalent diagnosis with which they were referred to our center was for Borderline Disorder (60% of cases), Mixed Personality Disorder (22%) and Unspecified Personality Disorder (16%).

Instruments

The Rosenberg Self-esteem Scale (RSS: Rosenberg, 1965; 1989); 90 Symptoms Check List Revised (SCL90-R: Derogatis, 2002); Beck Depression Inventory (BDI: Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Spanish version in Sanz & Vázquez, 1998); Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA: Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1997); Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II: Millon, 1999).

Statistical analysis:

We analyze the associations between variables using Pearson correlation coefficients (r). The effect that different levels of symptom intensity show on self-esteem is tested with ANOVAs. Personality traits from MCMI-II are dichotomized according to the conservative cut-off point ($T.B. = 85$); mean differences are compared with Student's t -test and the effect size is obtained using Cohen's d . We adopt a significance level of .05.

Results

The average level of self-esteem found (RSS: $M = 20.48$; $SD = 5.54$; range 10 to 38) falls below the mean published by researchers from the general

population and from different clinical groups. There is no significant difference in self-esteem according to gender ($t_{(98)} = .30$; $p = .976$). Unlike other studies, we found no association with age ($r = -.113$; $p = .262$), given the homogeneity of our sample. The negative correlation with clinical scales is confirmed ($r_{(BDI)} = -.556$; $r_{(ISRA)} = -.321$; $r_{(SCL90-R)} = -.555$). There are statistically significant differences in self-esteem according to the gradient of intensity shown by these scales obtained from ANOVAs (BDI: $F_{(2,97)} = 22.211$, $p = .000$; ISRA: $F_{(3,79)} = 4.744$, $p = .004$; SCL90-R: $F_{(2,97)} = 18.794$, $p = .000$).

Correlations between self-esteem and personality scales (MCMI-II) are negative in some cases (self-destructive, borderline, phobic, schizotypal, schizoid and passive-aggressive scales) and positive in other cases (histrionic and narcissistic scales). Differences in self-esteem between the group below the cut-off point and the group above it are significant in 7 of the 13 MCMI-II scales. According to the effect size (Cohen's d), borderline has the larger effect ($d = .924$), followed by the self-destructive ($d = .859$), phobic ($d = .690$), schizotypal ($d = .683$), narcissistic ($d = -.597$), schizoid ($d = .515$) and passive-aggressive ($d = .472$) scales.

Discussion

As expected from other studies, self-esteem is globally more damaged in patients with Personality Disorder (axis II in DSM terminology) than in other psychological disorders (axis I) and the general population. Our data also confirm, in a sample of patients with Personality Disorder, the previously established inverse association of self-esteem with clinical symptoms. Nevertheless, the association with personality traits has proved to be more complex. Self-esteem shows different types of relationship in different clusters of personality scales: strong negative correlation with borderline, self-destructive, phobic, schizotypal, schizoid and passive-aggressive scales; strong positive correlation with narcissistic scale; and mild or no correlation at all with the rest of MCMI-II scales (dependent, paranoid, aggressive, compulsive, antisocial and histrionic).

As self-esteem acts in a very different way in a person with borderline or avoidant disorder to how it acts in a person with a narcissistic disorder, it is much more than a plain 'symptom'; it could be better be conceived as a process in interaction with other processes which, all together, constitute the personality and, what is more, the disorder itself. The complexity increases if we take into consideration that a single patient can have both borderline and narcissistic traits together, as happens in 7% of the individuals in our sample. In these cases, two opposite tendencies of self-esteem coexist in the same person.

The complexity is still better apprehended if we assume the contributions of several authors that propose the concepts of stable *vs.* variable self-esteem, implicit *vs.* explicit self-esteem, frail *vs.* damaged self-esteem, and self-esteem "as a conquest" *vs.* self-esteem "as a basic peaceful acceptance".

We chose the RSS by Rosenberg (1965, 1989) as a measure of self-esteem, which provides a global score of the construct. It represents a one-dimensional approach to the concept of self-esteem, and this is one of the limitations of our study. The alternative use of multidimensional instruments (e.g. O'Brien & Epstein, 1983), could be considered a good, perhaps a better, option. Moreover, the RSS is a self-report questionnaire, so it provides a measure only of "explicit" self-esteem. This is another important limitation of the design of our study, and means we must be cautious in the interpretation of the results, as there are patients with high explicit self-esteem and with low implicit self-esteem. In these cases, the general assumption of this construct being a protective element against psychopathology, a feature of the resilient personality, may not be directly applicable. High self-esteem, even in those without narcissistic traits, may also be linked to harmful processes and may mask stressful and exhausting psychological effort. It is therefore necessary to further develop operational measures of "implicit" self-esteem that can compete with self-appreciation openly declared by the subject.

Interpersonal problems are an essential, axiomatic part of Personality Disorders pathology. Sensitivity to rejection, interpersonal anxiety, self-protecting monitoring, disturbed submission, feel-

ings of shame, trying to please, victimization linking and resentful separation, amongst others, all come into play in one way or another, affecting the patient's self-appreciation. Self-esteem correlates with the interpersonal experience of the person.

We must conclude by stating that, within the field of Personality Disorders, there is a complex combination of pathological signs and symptoms. Axis II (pathological personality traits) gives axis I diagnoses a dimensionality that hinders the therapeutic approach. Symptoms change in functional significance giving different contextual messages sent to the personal environment and to the individual. Self-esteem is also involved in this complexity when it is observed in people with Personality Disorders. In these cases, the plain linear conception that greater self-esteem brings greater well-being and greater health is no longer accurate. We need to be open to three new dimensions: its *variability*, its *fragility* and its modulator *dynamism* as part of a network of attribution, self-regulatory, decisional and behavioral processes. Further clarification of the complexity of this construct and its fruitful implications must be the aim of further research.

Referencias

- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Baños, R. M. y Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guildford.
- Calvo, A. J., González, R. y Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, auto-concepto y género. *Infancia y Aprendizaje*, 24, 95-111.
- Crocker J. y Park L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392-414.
- De la Fuente, I. M., Salvador, M. y Franco, C. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en la autoestima y la inteligencia emocional percibidas. *Psicología Conductual*, 18, 297-315.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R)*. Madrid: Tea Ediciones. (Adaptación española de González J. L. et al.).
- DiPaula, A. y Campbell, J. D. (2002). Self-esteem and persistence in the face of failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 711-724.
- Finzi-Dottan, R. y Karu, T. (2006). From Emotional Abuse in Childhood to Psychopathology in Adulthood. A Path Mediated by Immature Defense Mechanisms and Self-Esteem. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 616-621.
- Ford, M. B. y Collins, N. L. (2010). Self-esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 405-419.
- Frank, E., De Raedt, R. y Der Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2448-2455.
- Garaigordobil, M., Pérez, J. I. y Mozaz, M. (2008): Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20 (1), 114-123.
- Heatherton, T. F. y Ambady, N. (1993). Self-esteem, self-prediction, and living up to commitments. En F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The Puzzle of Low Self-Regard* (pp. 131-141). New York: Plenum Press.
- Linares, J. L. (2007). La Personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18, 381-399.
- Lynum, L. I., Wilberg, T. y Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 469-477.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.

- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. R. (1997). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*, ISRA. Madrid: Tea Ediciones.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II* (MCMI-II). Madrid: Tea Ediciones.
- Moreno, B. (2007). *Psicología de la personalidad. Procesos*. (pp. 504-511). Madrid: Thomson,
- Moreno, B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, Autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9 (2), 115-137.
- O'Brien, E. y Epstein, S. (1983). *MSEI: The Multidimensional self-esteem inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J. y Vollebergh, W. (2004). Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: A 3-wave population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 6, 990-996.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maers, J. y Schmitt, M. (2009). Low Self-Esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472-478.
- Page, A. C. y Hook, G. R. (2003). Outcomes for depressed and anxious inpatients discharged before or after group cognitive behavior therapy: A naturalistic comparison. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 653-659.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J. M. y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18, 269-283.
- Pérez, M. A., González, H. y Redondo, M. M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18, 401-423.
- Pullmann, H. y Aillc, J. (2000). The Rosenberg Self-esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... Bohus, M. (2007). Shame and Implicit Self-Concept in Women With Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 64, 500-509.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Salazar-Fraile, J., Ripoll-Alandes, C. y Bobes, J. (2010). Narcisismo manifiesto, narcisismo encubierto y trastornos de personalidad en una Unidad de Conductas Adictivas: validez predictiva de respuesta a tratamiento. *Adicciones*, 22 (2), 107-112.
- Salgado, J. F. e Iglesias, M. (1995). Estructura factorial de la Escala de Autoestima de Rosenberg: un análisis factorial confirmatorio. *Psicológica*, 16, 441-454.
- Sánchez, E. y Barrón, A. (2003). Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 3-11.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Schmitt, D. P. y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale across 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Schröder-Abé, M., Rudolph, A., Wiener, A. y Schütz, A. (2007). High explicit self-esteem is not necessarily advantageous: discrepancies between explicit and implicit self-esteem and their relationship with anger expression and psychological health. *European Journal of Personality*, 21, 219-339.
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (2008). *Trastornos de Personalidad. Modelos y tratamiento*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Silverstone, P. H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology*, 30 (2), 185-188.
- Takakura, M., y Sakihara, S. (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 82-89.
- Talbot, F., Harris, G. E. y French, D. J. (2009).

- Treatment Outcome In Psychiatric Inpatients: The Discriminative Value Of Self-Esteem. *International Journal of Psychiatry In Medicine*, 39(3), 227-241.
- Torres-Rivas, R. M., Fernández, F. y Maceira, D. (1995). Self-esteem and value of the health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*, 30 (118), 403-412.
- Udachina, A., Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Fitzpatrick, S., O'Kane, A. y Bentall, R. P. (2009). Understanding the relationships between self-esteem, experiential avoidance and paranoia. Structural Equation Modelling and Experience Sampling Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 661-668.
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C. H. y Roepke, S. (2010). Discrepancies between explicit and implicit self-esteem are linked to symptom severity in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Exp. Psychiatry*, 41(4) 357-364.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18, 139-165.
- Vázquez, J., Jiménez, R., Vázquez, R., (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Watson, D. C. (1998). The relationship of Self-esteem, Locus of Control, and Dimensional Models to Personality Disorders. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 399-420.
- Wells, L. E. y Marwell, G. (1974). *Self-Esteem: Its conceptualization and Measurement*. Beverly Hills: Sage.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality*, 74, 119-144.

Artículo Recibido: 19/03/2011

Revisión Recibida: 24/12/2011

Aceptado: 09/01/2012