



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**Trabajo Final de Grado**

**Formato: Monografía**

# Relación entre depresión y autoestima

**Estudiante: Valentina Batista Beltran**

**C.I: 4.954.886-7**

**Tutora: Asist. Mag. Valentina Paz**

**Revisor: Prof. Agdo. Dr. Álvaro Cabana**

**Facultad de Psicología, Universidad de la República**

**Montevideo, Octubre 2022**

## Índice

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Marco teórico.....	5
1. Depresión.....	5
1.1 Definición y sintomatología de la depresión.....	5
1.2 Prevalencia y factores epidemiológicos de la depresión.....	5
1.3 Etiología de la depresión.....	6
1.4 Tratamiento de la depresión.....	10
2. Autoestima.....	14
2.1 Definición de autoestima.....	14
2.2 Componentes de la autoestima.....	16
2.3 Niveles de la autoestima.....	17
2.4 Factores que influyen en el desarrollo de la autoestima.....	19
2.5 Desarrollo de la autoestima.....	23
2.6 Evaluación de la autoestima.....	25
2.7 Técnicas para mejorar la autoestima.....	26
3. Relación entre depresión y autoestima.....	29
3.1 Inestabilidad de la autoestima como factor de vulnerabilidad.....	30
3.2 Nivel de la autoestima como factor de vulnerabilidad.....	32
3.2.1 Modelo de Vulnerabilidad.....	33
3.2.2 Modelo de Cicatriz.....	35
3.2.3 Modelo de Relación Recíproca.....	36
Conclusiones.....	38
Referencias.....	41

## Resumen

La autoestima y la depresión son constructos de gran interés para la psicología. La depresión es un trastorno mental caracterizado principalmente por tristeza y anhedonia. La autoestima se define como la evaluación que realiza una persona sobre sí misma. Numerosos estudios en este último tiempo han constatado la existencia de una relación entre la autoestima y la depresión. Sin embargo, la naturaleza de esta relación continúa siendo un debate entre los investigadores. Por ello, la presente monografía tiene como objetivo revisar, analizar e integrar la literatura disponible acerca de esta relación, posibilitando una mayor comprensión sobre la misma. Se concluyó que son tres los modelos expuestos hasta el momento para explicar dicha relación. El modelo de vulnerabilidad, que es el más aceptado a la fecha, establece que la baja autoestima es un factor de riesgo para la depresión. El modelo de cicatriz propone que la baja autoestima constituye una consecuencia de la depresión, es decir, que los episodios depresivos deterioran la autoestima. Por último, el modelo de relación recíproca, establece que ambos modelos operan simultáneamente, mediante una relación de retroalimentación. También, se concluye que la inestabilidad de la autoestima debe considerarse un factor de riesgo para la depresión. El conocimiento arrojado en este trabajo puede contribuir a la implementación y/o mejora de los tratamientos existentes hasta el momento para la depresión, dando foco a la autoestima como variable fundamental a la hora de abordar dicho trastorno.

Palabras claves: depresión, autoestima, salud mental, factores de riesgo.

## Abstract

Self-esteem and depression are constructs of great interest to psychology. Depression is a mental disorder characterized mainly by sadness and anhedonia. Self-esteem is defined as the evaluation that a person makes of oneself. Numerous studies in recent times have confirmed the existence of a relationship between self-esteem and depression. However, the nature of this relationship continues to be debated among researchers. Therefore, this monograph aims to review, analyze and integrate the available literature on this relationship, allowing a better understanding of it. It was concluded that there are three models exposed so far to explain this relationship. The vulnerability model, which is the most accepted to date, establishes that low self-esteem is a risk factor for depression. The scar model proposes that low self-esteem is a consequence of depression, that is, depressive episodes impair self-esteem. Finally, the reciprocal relationship model establishes that both models operate simultaneously, through a feedback relationship. In addition, it is concluded that self-esteem instability is risk factor for depression. The knowledge shed in this work can contribute to the implementation and/or improvement of existing treatments for depression, focusing on self-esteem as a fundamental factor when dealing with this disorder.

Keywords: depression, self-esteem, mental health, risk factors.

## Introducción

La presente monografía realizada en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, tiene como principal objetivo revisar, analizar e integrar la literatura existente hasta el momento acerca de la relación entre la autoestima y el Trastorno Depresivo Mayor (de aquí en adelante denominado “depresión”). La elección de la temática nace en base a un deseo propio, al experimentar de cerca lo que padecen las personas que conviven con este trastorno y cómo se ve afectada su autoestima día a día. También considero que a lo largo de mi trayectoria por la Facultad, ambas temáticas fueron brevemente abordadas, lo que me llevó a querer adentrarme en el tema, obtener mayor conocimiento sobre el mismo y adquirir herramientas elementales para mi futuro como profesional.

En la actualidad, la depresión es un desafío tanto para los sistemas sanitarios como para la sociedad en general, debido a su alta prevalencia a nivel mundial, a su impacto negativo en la salud y productividad de las personas y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. En suma, en la presente revisión pretendo comprender qué es la depresión, a qué nos referimos cuando hablamos de autoestima y en base al conocimiento actual, exponer y profundizar en la relación existente entre ambos constructos. Hasta el momento, son tres los modelos que intentan explicar dicha relación, los cuales expondré y analizaré a lo largo de este trabajo. Se espera que este estudio contribuya al desarrollo y/o mejora de estrategias de intervención psicológicas, que tomen en consideración a la autoestima como una variable fundamental a la hora de abordar dicho trastorno.

## Marco teórico

### 1. Depresión

#### 1.1 Definición y sintomatología de la depresión

La depresión es un trastorno mental que afecta al estado anímico de la persona. Dentro de los síntomas principales se encuentran: un estado de ánimo triste todos los días o la mayor parte de los días y una disminución o pérdida del interés por actividades que antes eran disfrutables o producían placer (anhedonia). Asimismo, se presentan síntomas como: cambios en los patrones de alimentación y en la actividad psicomotora, desajustes en el sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpa y disminución en la capacidad para concentrarse o tomar decisiones. Es importante destacar que en niños y/o adolescentes, la manifestación de este trastorno puede ser un estado de ánimo irritable (American Psychiatric Association, 2013).

La depresión también se asocia a un alto riesgo de suicidio. Expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión (Martín del Campo, 2019). En este sentido, es recurrente que personas con depresión presentan pensamientos de muerte e ideación suicida sin un plan determinado, así como la consumación del acto (American Psychiatric Association, 2013).

La depresión es un concepto que ha tomado mayor relevancia en estos últimos tiempos, a pesar de que ha acompañado a la humanidad a lo largo de la historia (Zarragoitia et al., 2018). A nivel mundial, se han generado innumerables intentos por comprender la naturaleza y etiología del trastorno, desarrollando estrategias propias para su abordaje. A pesar de esto, y siguiendo lo planteado por Botto, Acuña y Jimenez (2014), la depresión continúa siendo una de las entidades clínicas más desafiantes y desconcertantes para los profesionales de la salud mental.

#### 1.2 Prevalencia y factores epidemiológicos de la depresión

Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 280 millones de personas viven con depresión, lo que representa el 3,8% de la población mundial y un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015 (WHO, 2017, 2021). Este trastorno es dos veces más frecuente en mujeres que en varones y su comienzo oscila entre la adolescencia media y tardía, hasta principios de los 40 años (Kessler & Bromet, 2013).

La depresión constituye en la actualidad la principal causa de discapacidad y problemas de salud a nivel mundial. De acuerdo a un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) en la región de las Américas la depresión supone el 7,8% del total de años perdidos por discapacidad (YLD<sup>1</sup>, por su sigla en inglés) y el 3,4% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALYs<sup>2</sup>, por su sigla en inglés). De esta manera, la depresión interfiere en el funcionamiento cotidiano de las personas que lo padecen, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2013), pudiendo ser extremadamente deshabilitante, en especial cuando se cronifica (WHO, 2017).

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce que la depresión está afectando a la sociedad, generando un mayor grado de discapacidad y empeoramiento de la calidad de vida, así como elevados costos socioeconómicos (WHO, 2012). Las altas tasas de morbilidad y discapacidad asociadas a la depresión ocasionan grandes gastos económicos a nivel mundial (Miret et al., 2013), estimándose un billón de dólares cada año (WHO, 2017).

El costo directo del trastorno se explica por la alta demanda de atención médica en personas que lo padecen. Estudios han demostrado un mayor costo de atención médica en pacientes deprimidos que aquellos sin depresión o con otras enfermedades. A esto se suma la morbilidad asociada al trastorno, como pérdidas en la calidad de vida, ausentismo, disminución en la productividad y deterioro funcional en muchas áreas personales e interpersonales de la vida (Donohue & Pincus, 2007; Richards, 2011).

La depresión también se encuentra asociada a una amplia variedad de trastornos orgánicos, como artritis, asma, cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, trastornos respiratorios y una variedad de condiciones de dolor crónico (Kessler & Bromet, 2013). Asimismo, se ha establecido comorbilidad entre depresión y demás trastornos psiquiátricos como: ansiedad, estrés posttraumático, trastornos de personalidad y abuso de sustancias (Richards, 2011).

### 1.3 Etiología de la depresión

---

<sup>1</sup> YLD: Años perdidos por discapacidad

<sup>2</sup> DALYs: Años de vida ajustados en función de la discapacidad

La depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo, en el cual interactúan factores genéticos y ambientales. Estos factores no son independientes entre sí, sino que se influyen mutuamente favoreciendo la predisposición y vulnerabilidad de la depresión (Botto et al., 2014).

### Factores genéticos

En relación a los factores genéticos, el trastorno depresivo es altamente hereditario. Estudios realizados en familias, gemelos e individuos adoptados han indicado consistentemente la existencia de factores de riesgo genéticos asociados al origen de la depresión. Los estudios en gemelos sugieren una heredabilidad de un 40%-50%. Asimismo, estudios realizados en familias indican que, los familiares de primer grado de individuos con depresión tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de padecer depresión en algún momento de sus vidas, comparado con quienes no poseen antecedentes familiares (Teruel, 2015; Thapar et al., 2012). También, altos niveles de estrés presentados durante el embarazo pueden ser transmitidos una o dos generaciones luego, resultando en un aumento acumulativo de vulnerabilidad para sufrir depresión en generaciones futuras (Navío Acosta & Pérez Sola, 2020).

Asimismo, un polimorfismo en la región promotora del transportador de serotonina se ha relacionado con la depresión. Diversos estudios demostraron una reducida actividad de las neuronas serotoninérgicas en pacientes deprimidos y una reducida concentración de serotonina en determinadas regiones del cerebro como el hipotálamo o la amígdala. La disponibilidad reducida de serotonina se ha asociado a la aparición de síntomas depresivos y diagnósticos de depresión especialmente en aquellos individuos expuestos a eventos estresantes (Saveanu & Nemeroff, 2012). No obstante, esta teoría está en discusión actualmente (Moncrieff et al., 2022).

### Factores ambientales

En relación a los factores ambientales, varios estudios han demostrado que los episodios depresivos a menudo son provocados por eventos estresantes para los sujetos (ej. maltrato, abuso, duelo, discordia familiar, enfermedades, desventaja social, pobreza) (American Psychiatric Association, 2013). La exposición a dichos eventos, principalmente en edades más tempranas, podrían generar una mayor vulnerabilidad a la depresión (Thapar et al., 2012). Experiencias estresantes durante la primera infancia también pueden



ejercer un impacto crucial en el desarrollo del cerebro y socavar significativamente el desarrollo de mecanismos de adaptación necesarios para hacer frente a los desafíos de la edad adulta, como también contribuir a estilos de vida poco saludables, relaciones interpersonales negativas y riesgo en la salud mental (Lopizzo et al., 2015).

Un estudio realizado por Pariante y Lightman (2008) encontró que eventos estresantes tempranos pueden potencialmente causar una hiperactividad del eje Hipotálamo Pituitario-Adrenal (HPA) que persiste en la adultez y es un factor de riesgo asociado a la depresión. También, adversidades en la vida temprana se han asociado a reducciones en el tamaño del hipocampo, estructura cerebral que juega un papel crítico en la formación de la memoria y el aprendizaje, prediciendo síntomas depresivos posteriores (Beck & Bredemeier, 2016).

Asimismo, los estilos de apego, forjados en la infancia y que posteriormente en edades más adultas guiarán nuestro comportamiento y el procesamiento de la información interpersonal, han mostrado ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva. Hammen (1991) encontró que la inseguridad del apego estaba asociada a aumentos en los síntomas depresivos frente a acontecimientos vitales negativos (Vázquez et al., 2010).

### Modelo cognitivo de Beck

El modelo cognitivo de Beck es uno de los modelos que también ha contribuido para comprender la etiología de dicho trastorno. Es uno de los modelos más estudiados y con un amplio soporte empírico, además de ser base de la Terapia Cognitiva-Conductual, una de las terapias más utilizadas para tratar la depresión en la actualidad (Beck et al., 2010)

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. Este modelo sostiene que los individuos ante una situación estimulante no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual, perciben, califican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (Ruiz et al., 2012).

Los esquemas cognitivos son estructuras organizadas de información que contienen percepciones de uno mismo y de los demás, metas, expectativas y recuerdos; e influyen en la detección, codificación, categorización e interpretación de los estímulos entrantes y la

recuperación de la información almacenada (Beck & Dozois, 2011). Estos esquemas están compuestos por un conjunto de creencias nucleares, que nos permiten dar sentido al mundo, y constituyen el self de la persona, es decir, quienes somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles (Camacho, 2003). Tanto los esquemas como las creencias nucleares, se constituirán mediante las relaciones que los sujetos van estableciendo con el medio, en conjunto con los factores genéticos específicos de cada uno. Los esquemas pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de su formación (Beck et al., 2010; Beck & Bredemeier, 2016; Beck & Dozois, 2011).

En un funcionamiento adaptativo normal, nuestra capacidad para funcionar en diversos roles no se ve afectada por errores en el pensamiento, la angustia no es desproporcionada ante nuestros problemas, nuestro comportamiento facilita el logro de nuestras metas y nuestras creencias nucleares nos proporcionan estabilidad y seguridad. Por ende, nuestras funciones cognitivas, afectivas y motivacionales muestran generalmente sesgos positivos en cuanto al procesamiento de información, teniendo un valor adaptativo para el individuo (Beck & Bredemeier, 2016). Estas estrategias adaptativas se vuelven disfuncionales cuando se usan de manera inapropiada o excesiva, sesgando los datos entrantes en una dirección negativa (Beck & Haigh, 2014).

Según Beck (2002), los esquemas y las creencias de las personas deprimidas incluyen temas de pérdida, separación, fracaso, inutilidad y rechazo. En consecuencia, los individuos deprimidos exhibirán un sesgo sistemático en el procesamiento de información relevante para estos temas. Debido a este sesgo, las personas deprimidas atienden selectivamente a los estímulos negativos en su entorno e interpretan estímulos neutros y ambiguos de forma congruente con el esquema, es decir, de manera negativa (Gotlib & Joormann, 2010). A estos sesgos negativos Beck los denomina “distorsiones cognitivas”.

A través de este ciclo continuo de reforzamiento, estos esquemas se vuelven más densos, más robustos y menos permeables, representando factores de vulnerabilidad para el inicio y reaparición de la depresión. Así, los sujetos deprimidos interpretan las situaciones a través del lente de esa creencia, el cual toma selectivamente aquella información que confirma su creencia, dejando de lado la información que la contradice (Beck, 2002; Beck & Bredemeier, 2016; Gotlib & Joormann, 2010).

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del trastorno depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos y el surgimiento de pensamientos automáticos negativos que se relacionan estrechamente con la conducta y las emociones del individuo (Beck et al., 2010). Los pensamientos automáticos negativos son autoverbalizaciones, pensamientos o imágenes, que surgen de forma consciente e involuntaria y reflejan lo que las personas piensan sobre ellos mismos, el mundo y las relaciones con los demás. Estos pensamientos son una representación sesgada de la realidad, producto de esquemas disfuncionales propios de la depresión, que contribuye a la autoconfirmación de estos esquemas (Estévez & Calvete, 2009).

Por ende, las personas que padecen este tipo de trastorno se caracterizan por presentar formas distorsionadas de interpretar la realidad, percibiendo el mundo, a sí mismos y a los demás, de forma negativa, estableciendo lo que Beck denomina “triada cognitiva”. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Las personas con depresión tienen una autopercepción distorsionada en relación al mundo, sentimientos de inferioridad y culpa constantes, autoconceptos negativos hacia sí mismos y autocrítica exagerada (Beck et al., 2010; Beck & Bredemeier, 2016). El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia de los sujetos con depresión a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Les parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Debido a esto, las personas que padecen depresión verán el mundo como hostil y demandante. El tercer componente de la tríada se centra en la visión negativa acerca del futuro. La persona depresiva entiende que el futuro va a ser igual de negativo que el presente (Beck et al., 2010).

#### 1.4 Tratamiento de la depresión

En la actualidad, existen diversos tratamientos para tratar la depresión. Siguiendo lo planteado por The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022), las intervenciones deben realizarse de forma gradual dependiendo de la intensidad y gravedad del caso. Esto permitirá maximizar la eficiencia y realizar tratamientos más efectivos. Se recomienda para la depresión leve intervenciones de apoyo, psicoeducativas y psicoterapia, una combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico para la depresión moderada y en el caso de la depresión severa es necesario adicionar al tratamiento combinado, tratamientos más invasivos como la terapia electroconvulsiva (TEC) (Navío Acosta & Pérez

Sola, 2020; NICE, 2022). La aplicación de una intervención adecuada para la depresión debe ser un objetivo principal a nivel sanitario (Vindel et al., 2012).

### Psicoterapia

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y científica sobre la eficacia y efectividad en el tratamiento de la depresión. El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptativas cuando estas no se producen. Por ende, la TCC enfatiza el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y, además, implica la integración de técnicas conductuales (Gotlib & Hammen, 2010; Ruiz et al., 2012).

La misma fue desarrollada por Aaron Beck y formalizada en los años 70 para el tratamiento de la depresión sirviéndose de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. Beck postulaba que en la depresión los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva que se dispara ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y distorsiones cognitivas que se activan ante dichas situaciones y conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductuales. Por ende, dicha terapia tiene como principal objetivo identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas, actitudes desadaptativas y falsas creencias (esquemas) presentes en los sujetos con depresión. De esta manera, la persona aprende a resolver problemas y situaciones que pudo considerar difíciles o insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos y conductas. Esencialmente, los pacientes aprenden a convertirse en investigadores científicos de su propio pensamiento, a tratar los pensamientos como hipótesis poniéndolos a prueba y contrarrestarlos con la evidencia existente ( Beck et al., 2010; A. T. Beck & Dozois, 2011).

La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. El terapeuta colabora con el paciente para conseguir la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, extendiéndose esta colaboración a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales. Por ende, la terapia cognitiva pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y a largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente, controlando sus pensamientos (cogniciones) y pudiendo examinar la evidencia

a favor y/o en contra de los mismos. A largo plazo, lograr que el paciente adquiriera las habilidades necesarias que le permitan, en un futuro, corregir las distorsiones cognitivas y ayudarlo a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativas y racionales (Beck et al., 2010; Ruiz et al., 2012).

Para que dicha terapia logre los cambios esperados, es fundamental una buena adherencia al tratamiento. No obstante, alrededor de un 35-47% de los pacientes con depresión presentan dificultades para adherirse al tratamiento psicoterapéutico, pudiendo sobrepasar el 60% cuando se considera la no asistencia a la primera cita (Acosta et al., 2013).

### Psicoeducación

La psicoeducación es reconocida como una parte fundamental del tratamiento en pacientes con depresión. A través de la misma se busca fomentar los conocimientos, causas, efectos e impacto de la depresión, ayudando tanto al paciente como a su familia a comprender la situación que está atravesando, responsabilizándose de su tratamiento y adquiriendo un papel activo en el proceso terapéutico (Benaiges et al., 2013).

La psicoeducación podría describirse como una aproximación terapéutica en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, en base a la evidencia científica disponible para el abordaje de la patología. La psicoeducación le permite al paciente como a su familia obtener mayor conocimiento sobre la enfermedad, mejorando su actitud y comportamiento frente a la misma, aumentando de esta manera su estado de salud y calidad de vida. El profesional tiene como objetivo orientar y ayudar a identificar con claridad el problema a través de un espacio contenedor tanto para el paciente como para la familia, en donde éstos puedan expresar temores, inseguridades, angustias, como también desmantelar creencias erróneas que son comunes y que pueden afectar la percepción de los sujetos sobre la enfermedad. Esta intervención es más eficaz en pacientes con síntomas leves, ya que presentan una mayor tasa de remisión de los síntomas a corto y largo plazo (Godoy et al., 2020).

Asimismo, la psicoeducación posee un papel fundamental en la adherencia a los tratamientos. Las creencias negativas y el estigma sobre la medicación y la patología son factores que influyen en la no adherencia a los mismos. Estudios realizados corroboraron

mayor adherencia en pacientes que recibieron asesoramiento sobre el tratamiento y cambios positivos en las creencias sobre los antidepresivos. (Acosta et al., 2013).

### Tratamiento farmacológico

Para casos de depresión moderada a grave, crónica (al menos 2 años) o refractaria (la sintomatología persiste aunque se realizaron otras intervenciones) se recomienda incorporar a la psicoterapia el tratamiento con medicamentos antidepresivos (NICE, 2022). Los antidepresivos son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción (Ministerio de Sanidad, 2014). En la actualidad existen diversos grupos de antidepresivos, incluidos los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN). Estos fármacos actúan sobre el sistema monoaminérgico, es decir, independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA) y/o noradrenalina (NA). Las guías de tratamiento actuales sugieren que la elección del antidepresivo debe estar basada en características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y disponibilidad en el medio (Esparza, 2017).

Los antidepresivos más utilizados para tratar la depresión actualmente son los ISRS. Estos fármacos impiden la recaptación de la serotonina en la zona presináptica, aumentando el tiempo y concentración de estos neurotransmisores en el espacio sináptico, lo que facilita su unión con sus receptores específicos. Esto provoca un aumento de serotonina en el cerebro, que en sujetos con depresión se sugiere que se encuentran disminuidos. Por ende, aunque tardan algunas semanas en llevar a cabo su acción terapéutica (se estima de entre 2 a 4), consiguen en muchos casos mejorar notablemente la condición y calidad de vida de los sujetos con depresión (Tafet & Nemeroff, 2016).

La adherencia al tratamiento es de gran importancia para la recuperación de la depresión. No obstante, siguiendo lo planteado por Acosta, Rodríguez y Cabrera (2013), se establece que la no adherencia a los antidepresivos oscila entre el 30 y el 60%. A pesar de que en general los pacientes con depresión perciben la necesidad de tratamiento antidepresivo, un tercio abandona el tratamiento a los tres meses tras encontrarse mejor y a los seis meses la tasa de no adherencia alcanza el 55%. Esto, sumado a la latencia de respuesta en los tratamientos farmacológicos ha llevado a investigar nuevas estrategias

terapéuticas para la depresión, como por ejemplo la ketamina. La ketamina es un fármaco clasificado como anestésico disociativo, el cual logra mejoría de los síntomas depresivos en horas y ha resultado útil en pacientes que no responden a los tratamientos tradicionales. Sin embargo, aún quedan interrogantes sobre sus mecanismos de acción antidepressiva, seguridad y efectos secundarios, entre otros (Pérez-Esparza et al., 2020).

## Terapia Electroconvulsiva

En casos de depresión severa, además de los tratamientos psicofarmacológicos, se han utilizado otros tratamientos como la terapia electroconvulsiva (TEC). La TEC es un tratamiento particularmente indicado para depresiones graves con síntomas psicóticos o melancólicos, depresiones con intensa ideación suicida o con un rápido deterioro de la salud general (ej. por desnutrición o inmovilidad) lo cual requiere de respuestas rápidas. También estaría indicada para depresiones graves con falta de respuesta al tratamiento farmacológico y aquellas en las que la farmacoterapia pudiera suponer un riesgo. La TEC consiste en la administración de corrientes eléctricas unilateralmente o bilateralmente en la región frontal de la superficie craneal, desencadenando convulsiones breves de manera intencional. Esta administración provoca cambios en la neuroquímica cerebral pudiendo revertir rápidamente determinados síntomas depresivos. Generalmente se administra en tandas de 2-3 sesiones semanales, en condiciones de plena seguridad para el paciente y en un ambiente controlado, con monitorización de constantes vitales, bajo anestesia general y relajación muscular (Navío Acosta & Pérez Sola, 2020; NICE, 2022).

## 2. Autoestima

### 2.1 Definición de autoestima

La autoestima es un constructo central para la psicología y su papel en el funcionamiento psicológico ha sido estudiado durante casi un siglo. La autoestima es un constructo de naturaleza multidimensional que funciona como un regulador de la conducta y es un factor determinante para la adaptación personal y social, pero al igual que otros términos utilizados en psicología no cuenta con un consenso general en su definición (Holloway, 2016). Su conceptualización a lo largo del tiempo ha estado determinada por el contexto socio-histórico desde donde surge (Niebla et al., 2010).

### El concepto de autoestima a lo largo del tiempo

Desde una visión histórica, los antecedentes de la misma remontan al padre de la psicología norteamericana William James quien en su obra “Principios de Psicología” realizó un primer intento en definirla. Este autor la definió como la estima que tenemos de nosotros mismos y que dependerá de lo que pretendamos ser y hacer (James, 1983). La autoestima es entonces para este autor el grado en el que las personas perciben sus logros como consistentes con sus metas y aspiraciones; cuanto más se acerque el yo real al yo ideal la autoestima será más alta (Donnellan et al., 2013). Tiempo después, Maslow (1943), impulsor de la psicología humanista, propone que la autoestima es una necesidad humana fundamental, referida al respeto, el éxito y la confianza que se tiene en sí mismo.

Por otra parte, Rosenberg, pionero en este dominio y fundador de “La escala de autoestima de Rosenberg” (instrumento psicológico ampliamente utilizado para medir la autoestima), define en 1965 la autoestima como la valoración positiva o negativa que se tiene de sí mismo (Holloway, 2016; Rosenberg, 1965). Otra aportación de suma importancia para el estudio de la autoestima fue la desarrollada por Coopersmith (1967) en su libro “Los Antecedentes de la Autoestima”. Este autor la define como el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo, ya sea por reportes verbales o conductas manifiestas (Coopersmith, 1967). Rogers (1967), fundador de la psicología humanista, considera que este constructo es un conjunto organizado de percepciones que se refieren al mismo individuo, de acuerdo a las características, atributos, cualidades, capacidades, límites y defectos que el sujeto reconoce de sí. El psicoterapeuta canadiense Branden (1995) define dicho constructo como la experiencia fundamental de que se puede llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias.

Por ende, la autoestima es un concepto multidimensional referido a la valoración de nosotros mismos. Además, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto nos creemos capaces, importantes, competentes y dignos tanto de nosotros mismos como del mundo que nos rodea. Refiere a la valoración afectiva o valorativa que uno tiene de sí y cuánto se es valorado socialmente (Sowislo & Orth, 2013).

#### Diferencias con el autoconcepto

Las definiciones de autoestima enfatizan el hecho de que esta debe distinguirse del autoconcepto (Sowislo & Orth, 2013). En el autoconcepto prima la dimensión cognitiva,



mientras que en la autoestima prevalece la valorativa y afectiva. No se trata de conceptos excluyentes, sino que ambos se implican y complementan mutuamente (Roa García, 2013).

El autoconcepto se define como la suma de creencias y conocimientos del individuo sobre sus atributos y cualidades personales. Se clasifica como un esquema cognitivo que organiza los puntos de vista sobre uno mismo, y controla el procesamiento de información relevante (Mann, 2004). Por su parte, Naranjo y González (2012) establecen que el autoconcepto se trata de un sistema de creencias sobre sí mismo, que surge como resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y que determina nuestra forma de percibir y de actuar.

En cambio, la autoestima es la evaluación que se logra hacer de esa información e involucra los sentimientos que tiene la persona hacia sí misma. La autoestima sería entonces el sentimiento que acompaña al autoconcepto (Roa García, 2013). Tanto el autoconcepto como la autoestima van a favorecer el sentido de la propia identidad, pues ambos procesos van a constituir marcos de referencia desde los cuales interpretar la realidad externa y las propias experiencias, contribuyendo así a la salud y al equilibrio psíquico del individuo (Mejía et al., 2011).

## 2.2 Componentes de la autoestima

Numerosos autores han abordado los distintos componentes que conforman la autoestima. Alcántara (2001) establece que si una persona quiere mejorar su autoestima es fundamental desarrollar y educar tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual. Los mismos se encuentran interrelacionados de tal modo que una modificación en uno de ellos lleva consigo una alteración en los demás (Roa García, 2013).

El componente cognitivo está conformado por el conjunto de conocimientos sobre uno mismo. Es la representación que cada uno forma acerca de su persona, en base a su madurez cognitiva y capacidad cognitiva. Por tanto, indica ideas, opiniones, creencias y percepciones que hace el sujeto a lo largo de su vida y se encuentra íntimamente relacionado con el autoconcepto (Roa García, 2013). Por otro lado, el componente afectivo representa el sentimiento de valor que nos atribuimos y el grado en que nos aceptamos. En definitiva, es una evaluación de los aspectos positivos y negativos que creemos tener de nuestras cualidades personales, físicas y psíquicas. Por último, el componente conductual hace referencia a la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un proceso de

manera coherente (Roa García, 2013). Disponer de un componente conductual apropiado, significa comportarse de forma lógica y racional (Alcántara, 2001).

Desde otro punto de vista, autores como De Mézerville (2005) consideran a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización (Naranjo Pereira, 2007).

La autoimagen consiste en la capacidad de verse a sí mismo como la persona que realmente se es, con sus virtudes y defectos. Según De Mézerville (2005) una autoestima sana se caracteriza por percibirse de manera realista, tanto en lo que refiere a la imagen actual, como en la imagen potencial de lo que queremos llegar a ser. Por su parte, la autovaloración consiste en identificar aquellos medios adecuados que satisfagan la necesidad que tiene la persona de verse a sí misma en forma positiva, otorgándole mayor valor y atención a las dimensiones realmente importantes de su personalidad. La autoconfianza, consiste en desarrollar una actitud realista sobre sí mismo y sobre las capacidades que se tiene, para enfrentar distintos retos, buscar nuevas oportunidades, demostrar nuestras competencias y disfrutar al hacerlo (Naranjo Pereira, 2007).

En relación a la dimensión conductual observable, el autocontrol consiste en adoptar destrezas adecuadas de cuidado personal y patrones de comportamiento caracterizados por una buena disciplina, que fomenten tanto el bienestar personal como el del grupo al que se pertenece. La autoafirmación se define como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez. También se caracteriza por la capacidad que tiene la persona de manifestarse abiertamente cuando expresa sus pensamientos, deseos o habilidades. Por último, la autorrealización consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades, de modo que la persona pueda vivir una vida satisfactoria y de provecho para sí misma. Implica la búsqueda del cumplimiento de las metas que conforman el proyecto vital de su existencia (Naranjo Pereira, 2007).

### 2.3 Niveles de la autoestima

Son diversos los autores que clasifican los niveles de autoestima en “alta autoestima” y “baja autoestima”. El grado de autoestima que tiene una persona tiene

importantes consecuencias en varios aspectos de la vida y condiciona de manera notoria nuestro desarrollo personal, y nuestra forma de ver y entender el mundo (Lorenzo, 2007).

### Alta autoestima

El desarrollo de una autoestima alta o saludable es fundamental para una adecuada adaptación personal y social, favorece el bienestar y el buen funcionamiento psicológico, y contribuye a una mejor salud y calidad de vida. Diversos estudios han identificado a la alta autoestima como un determinante importante de bienestar emocional, así como un factor imprescindible para alcanzar sentimientos de felicidad, satisfacción y éxito personal (Holloway, 2016; Hosogi et al., 2012). Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merece la felicidad, y por lo tanto enfrenta la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo cual ayuda a alcanzar metas y experimentar plenitud (Branden, 1995).

Diversos estudios sugieren que una alta autoestima predice el éxito y bienestar en importantes dominios de la vida, como las relaciones (Erol & Orth, 2011; Orth et al., 2012), la satisfacción laboral (Orth et al., 2012) y la salud (Baumeister et al., 2003). Las personas con alta autoestima están dispuestas a establecer relaciones más gratificantes y enriquecedoras, vínculos más cercanos, de mayor calidad, en donde la experiencia de interactuar y compartir con otras personas se vuelve satisfactoria (Branden, 1995).

En cuanto a lo laboral, una alta autoestima ayuda al individuo a obtener éxito en su lugar de trabajo, mejorando su desempeño laboral y, en consecuencia, obtener un estatus ocupacional y un salario más alto. Las personas con autoestima alta se caracterizan por ser activos, flexibles y responsables, presentando un mayor rendimiento y perseverancia ante las diversas situaciones que se le van presentando en el ambiente laboral, ya que confían plenamente en sus propias decisiones, son asertivos y están dispuestos a enfrentar nuevos desafíos (Branden, 1995; Orth et al., 2012).

Rojas (2007) destaca la importancia de distinguir entre una autoestima saludable de una autoestima narcisista. La primera se trata de una autovaloración positiva que sopesa las propias virtudes y defectos, mientras que la segunda se basa en destacar la superioridad o el poder frente a los demás. Por ende, siguiendo a Branden (1995), una autoestima sana implica una valoración objetiva y realista de nosotros, aceptándonos tal

como somos y desarrollando sentimientos positivos hacia nosotros mismos (Roa García, 2013).

### Baja autoestima

La baja autoestima suele entenderse como la tendencia a autoevaluarse de forma negativa. Las personas con baja autoestima sufren sentimientos de inutilidad, inferioridad e inestabilidad emocional, lo que conduce a la insatisfacción en los diversos aspectos de su vida, y provoca un deterioro tanto físico como mental (Holloway, 2016). Convencidos de que son incapaces de lograr cualquier tarea que se propongan, las personas con baja autoestima adoptan una actitud pasiva, conformándose en la seguridad de lo conocido y volviéndose menos persistentes ante las dificultades. Sin confianza en sí mismos, las personas con baja autoestima se pueden volver incapaces de manejar los problemas diarios lo que, a su vez, puede reducir la capacidad de lograr su máximo potencial (Mann, 2004).

Niveles bajos en la autoestima se han asociado con una serie de trastornos psicopatológicos (ej. trastornos depresivos, de ansiedad, alimentarios, de aprendizaje, por déficit de atención e hiperactividad) y problemas de comportamiento (ej. conductas e intentos suicidas, conductas delictivas, impulsividad, síntomas agresivos, deserción escolar, abuso de sustancias) (Robins et al., 2012; Sowislo & Orth, 2013). Asimismo, la baja autoestima se relaciona con problemas laborales y monetarios (Trzesniewski et al., 2006).

También, se ha demostrado que personas con baja autoestima experimentan las interacciones sociales de manera negativa y responden emocionalmente de manera disfuncional (Paz et al., 2017). Estos sujetos, son más sensibles al rechazo y tienden a retirarse y reducir la cercanía interpersonal, socavando así la satisfacción asociada a las relaciones cercanas (Orth et al., 2012). Además, las personas con baja autoestima tienden a tener una gran sensación de inseguridad, por ende, su autoestima estará influenciada por lo que creen que los demás piensan acerca de sí mismos, lo que los llevará a la necesidad de obtener constantemente aprobación por parte de otros (Sowislo & Orth, 2013).

### 2.4 Factores que influyen en el desarrollo de la autoestima

Diversas explicaciones han enfatizado el papel de los factores ambientales en el desarrollo de la autoestima, sin embargo, estudios recientes han desafiado la explicación puramente ambiental para los orígenes de la misma al mostrar que los factores genéticos

pueden influir en su variabilidad (Neiss et al., 2002). Por ende, la autoestima surgiría de la interacción entre factores genéticos y ambientales (Robins et al., 2012).

### Factores genéticos

Que la autoestima tenga un componente genético no debe sorprender ya que es difícil encontrar categorías de comportamiento humano que no sean influenciadas en algún nivel por factores genéticos (Robins et al., 2012). Estudios de mellizos indican que los factores genéticos podrían influir hasta en un 40% de la variabilidad observada de la autoestima (Neiss et al., 2002).

No se plantea aún que exista un gen que codifique el nivel de autoestima presente, sino que una vasta cantidad de genes contribuyen al desarrollo de la autoestima (Robins et al., 2012). Estudios de Neiss et al (2002) sugieren que el nivel y la estabilidad de la autoestima tienen influencias genéticas comunes. Es decir, los genes que se asocian a un mayor nivel de autoestima también inciden en una mayor estabilidad en la misma. Alternativamente, influencias genéticas en el temperamento tendrían influencia tanto en el nivel como en la estabilidad percibida. Por ejemplo, el neuroticismo (rasgo de la personalidad, que predispone al individuo a experimentar emociones negativas) está inversamente relacionado con el nivel de autoestima y relacionado con una mayor inestabilidad de la autoestima (Mu et al., 2019; Neiss et al., 2006).

También, algunas investigaciones recientes sugieren que sujetos portadores del alelo A (es decir, A/G y A/A) de un polimorfismo de nucleótido único (SNP) que se encuentra asociado al sistema de oxitocina presentan menores niveles de autoestima que individuos con dos copias del alelo G. (Lucht et al., 2009; Saphire-Bernstein et al., 2011).

No obstante, los estudios que investigan el rol de los factores genéticos en la autoestima aún son muy escasos e inconclusos. A pesar de la evidencia disponible sobre la heredabilidad de la autoestima, las bases genéticas de esta heredabilidad aún no se ha dilucidado, por ende, queda mucho que investigar en esta área.

### Factores ambientales

#### Factores familiares

Son diversas las teorías que subrayan la importancia del contexto social inmediato del individuo (particularmente la familia) en la determinación de la autoestima (Mruk, 1999), principalmente en las primeras experiencias de vida (Lorenzo, 2007).

La implicación parental afecta el desarrollo de la autoestima en los niños (Mruk, 1999). En la primera infancia el desarrollo de una adecuada autoestima se verá facilitado por el apoyo, la sensibilidad y la capacidad de respuesta contingente que presenten los padres. Las prácticas de socialización que premian las demostraciones de confianza llevan al niño pequeño a involucrarse en comportamientos que le permitirían comenzar a desarrollar habilidades y competencias necesarias para desarrollar una autoestima saludable (Harter, 2012). También, las expectativas claras y los límites definidos son actitudes parentales que a menudo se asocian con el desarrollo de la autoestima positiva en niños. Tales límites hacen saber al niño que ciertas formas de conducta son deseables o “buenas” y que debe esforzarse para lograrlas. El exceso de permisividad por parte de los padres se relaciona con conductas negativas como impulsividad y agresividad. Es fundamental de igual manera que la puesta de límites sea a través de un trato respetuoso hacia los hijos (Mruk, 1999).

El tipo de apego desarrollado con los padres también es fundamental para el desarrollo de una adecuada autoestima (Harter, 2012). Estas primeras experiencias determinarán el sentir, pensar y actuar en el modo de afrontar las relaciones del niño y la manera de valorarse a sí mismo (Bowlby, 1993). Niños que experimentan un tipo de apego seguro, se describen a sí mismos de forma más positiva lo que les permite sentirse aceptados a pesar de sus imperfecciones o defectos (Zapirain & Arratibel, 2012).

A su vez, es fundamental el nivel de autoestima presente en los padres, puesto que serán los primeros modelos a seguir de sus hijos. Siguiendo lo planteado por Harter (2012), en edades muy pequeñas los niños, a partir de la imitación, incorporan actitudes y comportamientos de las personas más significativas para ellos, especialmente de los padres. En estas edades, las opiniones de los niños sobre sí mismos están fuertemente influenciadas por la forma en que son percibidos, por ende se involucran en comportamientos diseñados para complacer esas figuras. Estas experiencias dan forma al yo en la medida en que el niño incorpora dichas actitudes y comportamientos a su estructura (Harter, 2012).

### Factores sociales

Los seres humanos son seres sociables que se desarrollan en una cultura y en una sociedad determinada (Mruk, 1999). Las experiencias sociales juegan un papel fundamental en la valoración que una persona crea de sí misma. El concepto que tenemos sobre nosotros mismos se basa frecuentemente en nuestras experiencias sociales debido a que la opinión que tienen los demás sobre nuestra persona hace que generemos una imagen de nosotros mismos y la proyectamos ante la sociedad. Por ende, no nos percibimos en abstracto sino de acuerdo a la sociedad en la que vivimos (Donnellan et al., 2013).

En toda cultura existen valores que poseen mayor reconocimiento que otros. La mayoría de las personas parecen ser capaces de distinguir lo que es valioso de lo que no para una sociedad determinada (Mruk, 1999). Por ejemplo, en sociedades occidentales, los patrones relativos al éxito se perciben como deseables y valorados por la mayoría de las personas, lo que varía de un sujeto a otro son las expectativas que se tienen sobre la probabilidad de alcanzar dicho éxito. El alcanzar este sentido de autorrealización y de éxito personal tiene implicancias sobre el nivel de autoestima. Aquellas personas que a través de sus capacidades y logros adquiridos sientan que han logrado buenos resultados en diversas esferas de su vida, lograrán una imagen más positiva de sí mismos y por ende su autoestima aumentará. De lo contrario, las personas que fracasan experimentan una pérdida de autoestima (Collado et al., 2021; Naranjo Pereira, 2007). Por ende, la autoestima podría ser explicada por los valores predominantes en una cultura dada durante el proceso de socialización (Mruk, 1999).

Es importante remarcar que, a pesar de la influencia que tiene la sociedad, los individuos le otorgan una mayor importancia a los valores del grupo más cercano, como la familia o el grupo de pares. Por tanto, la escuela como agente socializador también tendrá influencia en el desarrollo de la autoestima (Collado et al., 2021). Coopersmith (1967) indica que cuando el niño comienza la escuela surge la necesidad de relacionarse con sus compañeros. Este hecho es significativo para la formación de la apreciación que el niño forme de sí mismo, puesto que se moldeara a partir del concepto que el niño advierta que lo demás tienen sobre sí. Además, es en esta etapa cuando se originan y se afianzan las habilidades de socialización, muy ligadas al desarrollo de la autoestima (Carmona, 2013).

Otro factor influyente es el género. El proceso de socialización refuerza en mayor medida determinados comportamientos y características en función del género. Es decir, se otorga mayor importancia a determinadas características si se trata de varones o mujeres,

lo cual influirá sobre la autoestima (Mruk, 1999). Por ejemplo, según Mora y Raich (2005), es más probable que las mujeres le den mayor importancia al hecho de ser aceptadas y valoradas por los demás, mientras que los varones le den mayor valor al éxito. Una posible explicación a esto sería que varones y mujeres reciben una educación diferente, donde se priorizan aspectos diferentes según el género. Esto podría influir en la autoestima ya que, por ejemplo, en el caso de las mujeres, se espera de ellas que sean madres, esposas, trabajadoras, brillantes, estudiosas y bellas. Esto puede promover un ideal excesivamente perfeccionista, lo que puede generar sentimientos de fracaso y frustración, e influir en la autoestima (Collado et al., 2021).

### Teoría cognitiva acerca del desarrollo de la autoestima

Desde la perspectiva cognitiva se considera que el principal determinante de una autoestima sana o insana son las creencias centrales que mantenemos acerca de nosotros mismos. Cuando esas creencias son constructivas y realistas favorecen la autoestima, sin embargo cuando se trata de creencias contraproducentes dan lugar a diferentes problemas de autoestima (Naranjo Pereira, 2007).

Siguiendo el modelo de Fennell (1997) las cogniciones contribuyen a la baja autoestima en tres niveles. Primeramente se hace referencia a las creencias centrales negativas, es decir, las creencias disfuncionales acerca de uno mismo (ej. “*soy inferior*”), de los otros (“*los demás son superiores*”) y del mundo (“*el mundo va en contra de mí*”) (Beck et al., 2000). Otro aspecto fundamental son las reglas de vida, definidas como pautas que le permiten a la persona operar en el mundo, dada la verdad percibida de las creencias centrales. Por ejemplo: “*Siempre debo hacer todo para el estándar más alto posible, sin importar cuál sea el costo*”. El tercer y último nivel de este modelo refiere a los pensamientos negativos automáticos que surgen cuando el sujeto se encuentra en una situación en que es incapaz de cumplir con esa regla de vida (Beck et al., 2000). Estos pensamientos distorsionan la realidad y generan impresiones erradas del mundo, generando emociones desproporcionadas respecto a la situación. Cuando esto sucede aumentan los comportamientos de búsqueda de seguridad (ej. retraimiento, búsqueda de aprobación, evitación, etc.), y el sujeto queda centrado en la valoración de inutilidad, aumentando la autocrítica y por ende, disminuyendo el nivel de autoestima (Fennell, 1997).

### 2.5 Desarrollo del autoestima



A medida que avanzamos en la vida, nuestra autoestima inevitablemente fluctúa. Estas fluctuaciones reflejan cambios en nuestro entorno social o transiciones de una etapa a otra (Holloway, 2016; Orth et al., 2010). De igual manera, a pesar de las fluctuaciones ocasionales a corto plazo, la autoestima se considera una característica relativamente estable a lo largo de la vida (Donnellan et al., 2011).

Siguiendo lo planteado por Harter (2012), los primeros periodos en la vida de un individuo son fundamentales para el adecuado desarrollo de la autoestima. El hecho de que los niños pequeños no puedan formular cognitivamente o verbalmente un concepto general de su valor como persona no dicta que carezcan de autoestima. Más bien, hallazgos revelan que los niños pequeños manifiestan su nivel de autoestima a partir de sus comportamientos observables, lo que se denomina "autoestima presentada conductualmente" (Harter, 2006). Los niveles de autoestima en esta etapa son relativamente altos, y gradualmente disminuyen a lo largo de la infancia. Algunos investigadores sugieren que esto sucede porque las percepciones de sí mismos son positivamente irrealistas. A medida que el niño se desarrolla cognitivamente, comienza a basar sus autoevaluaciones en la reacción de los demás, formando una evaluación más precisa de sus competencias académicas, habilidades sociales y demás características (Robins & Trzesniewski, 2005).

La adolescencia se ha considerado un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima (Holloway, 2016; Naranjo & González, 2012). Un aspecto fundamental en esta etapa es la consolidación de nuestra propia identidad, llegar a determinar quién somos, cuáles son nuestras creencias y valores, y qué es lo que queremos de nuestra vida (Gaete, 2015). Los adolescentes comienzan a formar un autoconcepto basado en las opiniones de los demás pero también en su percepción de autovalía. Así, los jóvenes de estas edades manifiestan fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuales tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta (Naranjo & González, 2012). Estos cambios se relacionan con experiencias significativas como dificultades académicas, énfasis en la comparación social, cambios relacionados a la imagen corporal, relaciones más complejas entre pares, mayor exigencia y responsabilidad social, y pérdida de apoyo por parte de otros adolescentes (Harter, 2006; Orth et al., 2010, 2012, 2018).

Si bien la autoestima parece decaer durante la adolescencia, aumenta durante la edad adulta joven (Holloway, 2016). En esta etapa los individuos adquieren nuevos roles al ingresar a la vida laboral, establecer una relación romántica, tener hijos, entre otros. Estos

nuevos roles permiten que los adultos jóvenes adquieran un mayor dominio sobre sí mismos y el entorno (Orth et al., 2010). Cuando las personas adquieren nuevos roles sociales, en donde predomina el estatus y el poder, su sentido de sí mismo refleja la plenitud de este repertorio, aumentando los niveles de satisfacción con la vida y por ende su autoestima. La libertad en esta edad puede facilitar el aumento de la autoestima porque los individuos son capaces de seleccionar entornos de acuerdo a sus atributos individuales, y gradualmente asumir roles adultos significativos. Esto promueve la salud psicológica y la madurez, como lo ilustra el aumento de autoestima en esta etapa (Donnellan et al., 2013).

La última transición presente en el desarrollo del autoestima, es desde la mediana edad hasta la vejez, en donde se exhibe una disminución de la misma. La vejez es un periodo crítico de la vida que conlleva una serie de situaciones conflictivas e implica altos niveles de inestabilidad como resultado de cambios en los roles (nido vacío, jubilación), en las relaciones (muerte conyugal, pérdidas sociales) y el funcionamiento físico y mental (deterioro de la salud, deterioro cognitivo, movilidad reducida) así como una caída en el estatus socioeconómico (Orth et al., 2010, 2018). El sistema de autorregulación puede verse en estas edades más comprometido y las capacidades que han funcionado de manera eficiente para recuperarse de las perturbaciones y desafíos se vuelven cada vez más frágiles debido al deterioro propio de la edad. También, factores relacionados a la proximidad de la muerte provocan una disminución de la autoestima (Wagner et al., 2013).

## 2.6 Evaluación de la autoestima

Diversos investigadores han desarrollado escalas para medir la autoestima. Dentro de las escalas más conocidas nos encontramos con: la “Escala de autoestima de Rosenberg” (Rosenberg, 1965), “La escala de sentimientos de insuficiencia” de Janis-Field (Janis & Field, 1959) y “La escala de autoestima de Coopersmith” (1967). La escala creada por Rosenberg es la única que permite una valoración global de la autoestima y es el instrumento más utilizado para medir este constructo (Holloway, 2016).

### La escala de autoestima de Rosenberg (RSE, por sus siglas en inglés)

La RSE fue creada por Rosenberg, quien dedicó varios años al estudio de la autoestima. La RSE se destaca como la medida más utilizada hasta la fecha para la evaluación de la autoestima global. La consistencia interna relativamente alta de la medida, la confiabilidad test-retest, y la facilidad tanto en la administración como en la clasificación e

interpretación de los resultados contribuyen indudablemente a su popularidad (Donnellan et al., 2011; Holloway, 2016). Esta escala se ha adaptado a diferentes culturas siendo traducida a más de 28 idiomas. Además, si bien en un principio fue utilizada en adolescentes, se ha adaptado a diferentes tipos de población. El RSE se compone de 10 ítems que deben responderse teniendo en cuenta lo que el individuo piensa y siente, contando con cuatro opciones de respuestas que van desde “estoy totalmente de acuerdo” a “estoy en total desacuerdo”. Las puntuaciones que van desde 30 a 40 puntos, se califican como autoestima elevada, de 26 a 29 puntos, autoestima media, y menos de 25 puntos, se califica como autoestima baja (Ceballos Ospino et al., 2017).

#### La escala de sentimientos de insuficiencia de Janis-Field

La escala fue desarrollada en 1959 por Janis y Field quienes definieron la autoestima como un sentimiento de adecuación social. Los ítems de la escala evalúan la ansiedad social percibida, la autoconciencia y los sentimientos de falta de valor. Los encuestados indican el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los 23 enunciados, utilizando una escala likert de cinco niveles. Las puntuaciones de los ítems varían de 0 a 4 para un posible rango de 0 a 92, donde las puntuaciones bajas indican altos sentimientos de insuficiencia (baja autoestima), y puntuaciones altas reflejan bajos sentimientos de insuficiencia y en consonancia una alta autoestima (Robinson et al., 1991).

#### La escala de autoestima de Coopersmith

Este inventario fue desarrollado en 1967 por Coopersmith quien definió la autoestima como las actitudes positivas y negativas que las personas tienen hacia sí mismos. Coopersmith creó 58 criterios de evaluación para niños y 50 criterios para adultos. En este inventario los encuestados deben responder cada pregunta con “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción de los individuos en cuatro áreas específicas: autoestima general, social, familiar y académica (Hosogi et al., 2012).

### 2.7 Técnicas para mejorar la autoestima

El diseño e implementación de técnicas destinadas al desarrollo de una adecuada autoestima es fundamental para mejorar la salud de los individuos (Mann, 2004). A continuación describiré alguna de las técnicas más utilizadas desde la psicología para disminuir los aspectos negativos de la autoestima y aumentar los positivos.

## Disminuir aspectos negativos de autoestima

Para disminuir los aspectos negativos presentes en la autoestima, una técnica usualmente utilizada es la reestructuración cognitiva. La misma consiste en ayudar al paciente a identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos para sustituirlos por otros más apropiados (Beck, 1976), aumentando así la sensación de confianza y valía personal (Fennell, 1997).

### La voz crítica

La reestructuración cognitiva de la autoestima incluye el trabajo con la autocrítica. Las personas con baja autoestima tienden a tener una elevada crítica que se empeña en socavar permanentemente su valía. El primer paso es introducir la noción de voz crítica al paciente y colocarle un nombre, de esta forma la crítica se personaliza y comienza a exteriorizarse. Al identificar y nombrar a la crítica patológica se introduce en el sujeto su “voz sana”, definida como la capacidad para pensar en términos realistas. El objetivo de esta técnica es que el sujeto aprenda a describirse y hablarse a sí mismo de un modo diferente a como lo venía haciendo, sin críticas y con autoverbalizaciones que supongan admitir sus defectos como parte de sí, admitir aspectos positivos, entre otros. Por último, se debe identificar la función principal de la crítica. En todos los casos, la voz crítica se refuerza porque desempeña alguna función positiva: promueve una conducta deseada, protege paradójicamente la valía de uno mismo o controla sentimientos penosos. Identificado lo que refuerza la crítica, se explica al sujeto que eso que la crítica le ayuda a satisfacer, puede ser satisfecho de formas más sanas, buscando nuevas estrategias (Mckay & Fanning, 1999).

### Identificación de las distorsiones

La reestructuración cognitiva también incluye el trabajo con las distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas son instrumentos de la crítica patológica, es decir los medios por los que actúa. Son en realidad malos hábitos de pensamiento que el individuo utiliza para interpretar la realidad. Algunas de las distorsiones que afectan la autoestima son: sobregeneralización (el sujeto crea una regla general y universal de hechos, por ejemplo “si cometes un error, entonces siempre fracasará”), etiquetas globales (etiquetas peyorativas para describir su aspecto, rendimiento, relaciones, etc., por ejemplo “soy un

inútil”), filtrado (fijar la atención en hechos negativos e ignorar los positivos), pensamiento polarizado (evaluar las cosas en blanco o negro), entre otros (Mckay & Fanning, 1999).

Primeramente, se deben identificar las distorsiones más utilizadas por el individuo. Luego se deben definir estas distorsiones, permitiendo psicoeducar al sujeto y demostrar el impacto que esas etiquetas negativas tienen sobre su autoestima, para así poder modificarlas. Para esto es fundamental demostrarle al sujeto que esas etiquetas no se ajustan a la realidad, y que generalmente permiten interpretar solo hechos o momentos puntuales (Mckay & Fanning, 1999).

### Defusion cognitiva

Otra estrategia también utilizada para trabajar sobre la autoestima es la defusion cognitiva. Se refiere a cualquier técnica o práctica que resulte en la atenuación del poder que tienen los pensamientos sobre las conductas subsiguientes. Generalmente “nos fusionamos” con esos pensamientos distorsionados o críticos que aparecen, los cuales creemos que nos definen y se convierten en nuestra realidad. Frente a esto la defusión cognitiva es un proceso en el que, bajo ciertas circunstancias, elegimos una relación diferente con la corriente de nuestros pensamientos, por ejemplo: mayor distancia, mayor conciencia sobre los mismos, etc. El objetivo de esta técnica es interpretar los pensamientos por lo que son en realidad, y por cómo nos hacen sentir, disminuyendo el impacto negativo que pueden tener sobre nuestra autoestima (Mckay & Fanning, 1999).

### Aumentar aspectos positivos de autoestima

Una parte importante del trabajo con la autoestima es trabajar la autoaceptación. Para ello se debe enseñar a la persona a convivir con sus defectos y errores sin criticarse por ello, y aceptar sus características negativas. Este es el objetivo clave en el trabajo con la autoestima: que el paciente se valore a sí mismo con sus defectos y que se acepte tal y como es. El tratamiento de la autoaceptación consta de varias partes: ajuste a la realidad (evaluarse correctamente), aceptar errores, combatir la voz crítica, y establecer un diálogo interno saludable, controlado y positivo (Mckay & Fanning, 1999).

En conjunto con la aceptación, la compasión, es decir, el poder entenderse, aceptarse y comenzar a expresar nuestros sentimientos de valía es una parte esencial de la autoestima. La compasión es una de las armas más potentes que uno tiene para mantener

a distancia su crítica patológica. Tres son los componentes básicos de esta facultad. En primer lugar, la comprensión, es importante comprender la naturaleza de un problema para desarrollar una visión más compasiva. Por otro lado, la aceptación, implica reconocer los hechos sin tratar de juzgarlos, la persona no aprueba ni desaprueba, simplemente acepta. Por último, el perdón, significa aceptar lo pasado como pasado, reafirmar el respeto a sí mismo en el presente y anticipar un futuro mejor. Para desarrollar una mente compasiva, el individuo debe comprometerse a cambiar la forma de pensar (Mckay & Fanning, 1999).

### 3. Relación entre depresión y autoestima

Durante décadas se ha observado que la autoestima y la depresión están relacionadas (Orth et al., 2008). En su ensayo "Duelo y Melancolía", publicado en 1917, Freud establece que sujetos melancólicos muestran una disminución importante en su autoestima. Según Freud, la melancolía era un estado patológico, provocado por la pérdida de un objeto significativo. Según este autor, el sujeto melancólico no podía procesar internamente dicha pérdida de manera exitosa, instalándose así, un sentimiento de vacío crónico (Freud, 1917). Con la llegada de la posguerra, a mediados del siglo XX, el término melancolía como tal deja de ser utilizado regularmente y surge la depresión como una nueva entidad clínica. Fue con el surgimiento de los primeros antidepresivos y la actualización de los manuales existentes como El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) y la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE), durante la década de los setenta, que surge la categoría "depresión", transformándose en un diagnóstico habitual del siglo XX (Bielli, 2012).

Es importante destacar que la depresión y la melancolía no son entidades equivalentes. Sin embargo, en la taxonomía psiquiátrica ambas categorías han estado emparentadas desde los inicios de la disciplina. De hecho, muchos de los criterios diagnósticos que conforman actualmente el trastorno depresivo ya habían sido observados y analizados con anterioridad bajo el término de melancolía, como por ejemplo la disminución en la autoestima (Bielli, 2012). Podríamos decir entonces, que el hallazgo de Freud sobre la disminución de la autoestima en los sujetos melancólicos, se estableció como un suceso trascendental, a partir del cual diversos investigadores comenzaron a estudiar también la relación existente entre la baja autoestima y la depresión (Sowislo et al., 2014).

La mayoría de los estudios a la fecha han reportado fuertes correlaciones entre la autoestima y la depresión (Orth et al., 2008). En este sentido, es importante mencionar que si bien la baja autoestima es uno de los criterios diagnósticos de la depresión en el DSM-V, no es un criterio suficiente ni necesario para el diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013). Por lo tanto, una persona podría experimentar depresión sin una disminución en su autoestima (Sowislo & Orth, 2013).

Dados los argumentos expuestos hoy en día se advierte que la autoestima y la depresión son constructos distintos, que se relacionan mutuamente. Un cuerpo creciente de investigaciones sugiere que la baja autoestima es un factor de riesgo y vulnerabilidad para la depresión (Orth et al., 2008; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Rieger et al., 2016; Sowislo et al., 2014; Sowislo & Orth, 2013, 2013). A su vez, diversas teorías de la depresión postulan que la baja autoestima es el mecanismo central que subyace a la etiología y mantenimiento del trastorno (Abramson et al., 1978; Beck, 1976; Orth et al., 2008; Sowislo & Orth, 2013). Por lo contrario, la alta autoestima se establece como un factor protector que amortigua la aparición de síntomas depresivos (Abela & Skitch, 2007). También estudios longitudinales han arrojado en sus resultados fuertes relaciones entre ambos constructos (Gittins & Hunt, 2020; Orth et al., 2008; Sowislo et al., 2014; Sowislo & Orth, 2013), demostrando un mayor efecto de la baja autoestima sobre la depresión.

Sin embargo, aunque la relación existente entre autoestima y depresión es indiscutible, la naturaleza de dicha relación continúa siendo un tema de debate entre los investigadores (Sowislo & Orth, 2013). A continuación, analizaré dos modelos alternativos que permiten comprender la relación existente entre ambos constructos. Por un lado, explicaré cómo la inestabilidad en la autoestima puede constituir un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno depresivo. Por otro lado, analizaré dicha vulnerabilidad en base al nivel de autoestima, procediendo a explicar los tres modelos existentes que explican la relación entre ambos constructos.

### 3.1 Inestabilidad de la autoestima como factor de vulnerabilidad

Diversos investigadores han argumentado que la variabilidad o inestabilidad de la autoestima, debe ser considerada como factor de riesgo psicológico para los síntomas depresivos (Heppner & Kernis, 2011; Kernis et al., 1991; Sowislo et al., 2014; Wouters et al., 2013). Varios estudios han demostrado que la inestabilidad es capaz de predecir el aumento posterior de síntomas depresivos (Franck & De Raedt, 2007; Kernis et al., 1991; Roberts &



Gotlib, 1997). Incluso, algunos autores, asumen que la inestabilidad puede predecir la depresión con mayor fuerza que el propio nivel de autoestima (ej. alta vs baja autoestima) (Wouters et al., 2013).

Con inestabilidad nos referimos a las fluctuaciones a corto plazo que un individuo puede experimentar en sus sentimientos de valor, en respuesta a los acontecimientos de la vida y al contexto en el que se encuentra inmerso (Zeigler-Hill, 2011). La magnitud de estas fluctuaciones constituye la estabilidad o inestabilidad de la autoestima, es decir, grandes fluctuaciones en el autoestima reflejan inestabilidad mientras que pequeñas fluctuaciones reflejan estabilidad (Heppner & Kernis, 2011). En algunos individuos, la autoestima fluctúa fuertemente, de modo que en cuestión de horas o días los sujetos pueden pasar de experimentar sentimientos de seguridad y confianza sobre sí mismos, a sentirse incompetentes e inútiles. Por el contrario, la autoestima de otros sujetos es relativamente estable durante varias semanas o incluso meses (Sowislo et al., 2014).

Algunos autores plantean que la inestabilidad de la autoestima se caracteriza por una mayor sensibilidad a los eventos evaluativos, es decir, los sujetos se vuelven altamente reactivos a eventos relevantes para sí mismos de una manera negativa. Así mismo, poseen una mayor preocupación por la imagen de sí mismos ya que cuentan con un autoconcepto frágil y una excesiva confianza en las fuentes sociales de evaluación (Zeigler-Hill, 2011). También, la inestabilidad de la autoestima se ha relacionado con mayor ira y propensión a la hostilidad e agresividad (Kernis et al., 1991), fracaso en la regulación emocional (Heatherton, 2011), inadaptación social (Holloway, 2016) e ideación suicida (De Man & Gutiérrez, 2002). A su vez, sujetos con autoestima inestable presentan mayor vulnerabilidad a desarrollar diversas patologías mentales debido a que utilizan procesos intrapsíquicos desadaptativos e inmaduros (Zeigler-Hill, 2011).

Estudios transversales han demostrado que las personas que actualmente presentan depresión o están en remisión muestran una mayor inestabilidad en la autoestima en comparación a los sujetos que no padecen el trastorno (Butler & Hokanson, 1994; Franck & De Raedt, 2007; Kernis et al., 1998; Roberts & Gotlib, 1997). Además, diversos estudios indican que las personas en riesgo a desarrollar síntomas depresivos, luego de experimentar sucesos estresantes de la vida, exhiben una autoestima más inestable (Kernis et al., 1998; Roberts & Gotlib, 1997). Un estudio realizado por Franck y De Raedt (2007) arrojó en sus resultados que aquellos individuos que tenían una autoestima más inestable presentaban mayores niveles de sintomatología depresiva. En resumen, los resultados de



estos estudios sugieren que es importante considerar la inestabilidad de la autoestima como un marcador de vulnerabilidad para la depresión, especialmente para aquellos individuos con antecedentes de síntomas depresivos (Franck & De Raedt, 2007).

De acuerdo con los estudios mencionados, la inestabilidad de la autoestima se relaciona positivamente con la sintomatología depresiva actual (Franck & De Raedt, 2007). No obstante, algunos investigadores han planteado que el efecto que la inestabilidad causa sobre la depresión depende en gran medida del nivel de autoestima presente (Kernis et al., 1991; Meier et al., 2011). Es decir, que el nivel de autoestima y la variabilidad en el autoestima interactúan en su efecto sobre la depresión, y la inestabilidad estaría asociada a distintos procesos psicológicos entre individuos con baja y alta autoestima. Por ejemplo, sujetos con un nivel alto de autoestima pero inestable presentarían una autoestima frágil, ya que serían altamente vulnerables a las influencias externas, al rechazo social, o a aspectos negativos de su propia identidad (Heppner & Kernis, 2011; Sowislo et al., 2014). Por ende es fundamental que futuras investigaciones continúen examinando hasta qué punto la inestabilidad en la autoestima se relaciona con la depresión (Zeigler-Hill, 2011).

### 3.2 Nivel de la autoestima como factor de vulnerabilidad

Diversas investigaciones han establecido que el nivel de autoestima está particularmente implicado en la depresión. Son diversas las teorías que postulan que individuos con bajos niveles de autoestima reportan con mayor frecuencia un estado depresivo, y que la baja autoestima es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno depresivo (Heppner & Kernis, 2011; Kernis et al., 1998; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Sowislo & Orth, 2013). Asimismo, como se mencionó anteriormente, la baja autoestima está presente en el DSM-V como uno de los criterios diagnósticos para dicho trastorno (American Psychiatric Association, 2013).

En la actualidad, son tres los modelos teóricos expuestos en la literatura para explicar la relación existente entre el nivel de autoestima y la depresión: el modelo de vulnerabilidad, el modelo de cicatriz y el modelo de relación recíproca (Orth et al., 2008). Estos modelos han sido probados en varios estudios longitudinales recientes, muchos de los cuales analizaron muestras grandes y enfoques estadísticos avanzados aumentando así la validez de sus conclusiones (Gittins & Hunt, 2020; Orth et al., 2008; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Shahar & Henrich, 2010). A continuación, expondré los tres

modelos, con sus respectivas posturas sobre la relación existente entre la autoestima y la depresión.

### 3.2.1 Modelo de vulnerabilidad

El modelo de vulnerabilidad establece que la baja autoestima es un factor de vulnerabilidad para la depresión (Orth et al., 2008). Se entiende por factores de vulnerabilidad aquellas variables presentes previamente a la instalación del trastorno que generan un aumento en la probabilidad de desarrollar, cronificar o presentar episodios recurrentes de depresión (Vázquez et al., 2010). La baja autoestima se conceptualiza como un rasgo que predispone al individuo a experimentar depresión; es decir, las personas con baja autoestima serían más propensas a desarrollar depresión futura. Por ende, la baja autoestima se establece como un mecanismo central que contribuye al desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos depresivos a través de procesos intrapsíquicos y estrategias interpersonales (Orth et al., 2008; Sowislo & Orth, 2013).

En su teoría, Beck, postula que si un individuo desarrolla una conceptualización negativa de sí mismo, junto a creencias negativas sobre el entorno y el futuro, se vuelve más propenso a desarrollar depresión. Estas creencias negativas sobre sí mismo, que son la base de una baja autoestima, crearán vulnerabilidad y dirigirán la estructura cognitiva del sujeto hacia un pensamiento depresivo, predisponiendo a experimentar un trastorno depresivo (Gittins & Hunt, 2020; Orth & Robins, 2013).

Siguiendo lo planteado por Orth et al. (2008), la baja autoestima podría contribuir a la depresión a través de vías interpersonales como intrapersonales. Por ejemplo, las personas con baja autoestima buscan excesivamente afirmaciones sobre su valía personal en otros sujetos, lo que podría aumentar el riesgo a ser rechazados y por lo tanto, aumentar el riesgo a la depresión. Además, estos sujetos tienden a buscar retroalimentación negativa en los demás que verifique su autoconcepto negativo, lo que puede degradar aún más su nivel de autoestima. También, sujetos con baja autoestima tienden a manifestar conductas evitativas, que podrían contribuir a la generación de sentimientos de exclusión y alienación, impidiendo así, el apoyo social y la formación de vínculos o relaciones cercanas.

Por otro lado, una vía intrapersonal que podría explicar como la baja autoestima contribuye a la depresión podría ser la rumia (Orth et al., 2008). La rumiación es un proceso intrapsíquico que consiste en una focalización repetitiva y pasiva en situaciones con

contenido emocional negativo que contribuye a la severidad y el mantenimiento del trastorno depresivo (De Rosa & Keegan, 2018). La tendencia a rumiar sobre los aspectos negativos de uno mismo está estrechamente relacionada con la depresión y la baja autoestima. Sujetos con baja autoestima son más propensos a rumiar acerca de aspectos negativos del yo, y a quedar focalizados de manera repetitiva en esos aspectos, perpetuando aún más su baja autoestima (Kuster et al., 2012).

Existen varias razones por las cuales la baja autoestima podría aumentar las tendencias rumiantes. En primer lugar, los sujetos con baja autoestima probablemente experimenten efectos negativos al pensar en sí mismos, lo que podría generar que en consecuencia intenten suprimir esos pensamientos, generando una predisposición mayor a rumiar (De Rosa & Keegan, 2018; Watson et al., 2002). Por otro lado, las personas con baja autoestima tienden a ocultar sus sentimientos, lo que puede provocar malestar, aumentando así las tendencias rumiantes. Estas acciones pueden conllevar a pensamientos rumiantes, que mantengan o exacerbaban el estado de ánimo depresivo, constituyéndose como factor de riesgo para la aparición de trastornos depresivos (Kuster et al., 2012).

El modelo de diátesis-estrés también respalda el modelo de vulnerabilidad, estableciendo que la baja autoestima se considera una diátesis, es decir, un factor predisponente para el desarrollo de depresión ante experiencias estresantes o negativas de la vida. Frente a las circunstancias desafiantes de la vida, los sujetos con baja autoestima poseen menos recursos de afrontamiento, siendo más vulnerables al desarrollo de un trastorno depresivo (Orth, Robins, & Meier, 2009). Además, los sujetos con baja autoestima pueden exponerse mayormente a eventos estresantes debido a su propio accionar. Por ejemplo, la baja autoestima se relaciona respectivamente con conductas que pueden contribuir a conflictos interpersonales y demás eventos estresantes (Donnellan et al., 2005). Por lo contrario, sujetos con alta autoestima poseen mejores recursos de afrontamiento ante estas circunstancias, pudiendo prevenir el resultado de síntomas depresivos, al disminuir el impacto de los pensamientos depresogénicos. Por ende, este modelo establece que la baja autoestima y los eventos estresantes interactúan predisponiendo al sujeto a desarrollar depresión futura (Orth, Robins, & Meier, 2009).

El modelo de vulnerabilidad es el modelo más aceptado y comprobado hasta el momento por los investigadores, disponiendo de evidencia robusta sobre su efecto en una amplia gama de poblaciones (Orth et al., 2008, 2012; Orth, Robins, & Meier, 2009; Rieger et al., 2016; Sowislo & Orth, 2013). El mismo es válido tanto para varones como para mujeres

(Orth et al., 2008; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Sowislo & Orth, 2013), en todos los grupos de edad, desde la niñez hasta la vejez (Orth et al., 2012; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Rieger et al., 2016; Sowislo & Orth, 2013). Este modelo también se ha verificado utilizando diferentes medidas de autoestima y depresión (Rieger et al., 2016; Sowislo & Orth, 2013). Es importante destacar que el modelo de vulnerabilidad se mantiene tanto en muestras con diagnósticos establecidos como en aquellos sujetos que presentan sintomatología depresiva pero aún no poseen diagnóstico (Orth et al., 2008, 2012; Sowislo & Orth, 2013).

### 3.2.2 Modelo de cicatriz

El modelo de cicatriz, en contraste con el modelo de vulnerabilidad, establece que la baja autoestima, constituye una consecuencia de la depresión en lugar de un factor causal (Orth et al., 2008). Específicamente, supone que la depresión deteriora persistentemente la autoestima, incluso luego de la remisión de un episodio depresivo; es decir, las experiencias depresivas dejan “cicatrices” en el autoconcepto del individuo que erosionan progresivamente la autoestima con el tiempo (Sowislo & Orth, 2013). El término cicatriz en este ámbito es definido como un déficit residual relativamente permanente que se crea por el episodio de depresión de la misma manera que un corte u operación quirúrgica puede dejar una cicatriz física. Estas cicatrices en la autoestima del individuo generan una mayor predisposición a futuros episodios depresivos (Rohde et al., 1990).

La depresión puede afectar la autoestima de un individuo a través de vías tanto intrapersonales como interpersonales. Una posible vía intrapersonal es que la experiencia depresiva influye en la autoestima alterando persistentemente la forma en que los individuos procesan la información. Por ejemplo, el estado de ánimo negativo crónico asociado a la depresión puede llevar al individuo a atender, codificar y recuperar selectivamente la información negativa de sí mismo, generando autoevaluaciones aún más negativas (Orth et al., 2008). En un estudio realizado por Shahar & Davidson (2003) se demostró que los niveles elevados de depresión aumentan en los individuos las evaluaciones negativas sobre sí mismos y sobre sus metas personales.

En lo que respecta a las vías interpersonales, podría decirse que los episodios depresivos pueden dañar importantes fuentes de autoestima como por ejemplo las relaciones cercanas o redes sociales. El estigma asociado al trastorno puede llevar al sujeto a experimentar situaciones de burlas, exclusión, tratos diferenciales, entre otras, que

pueden influir en su autoestima de manera negativa. También el diagnóstico de una patología como la depresión, puede establecer una etiqueta en el sujeto, que modifique la manera en que es percibido y considerado por los demás, lo que puede conducir a que el sujeto también modifique su manera de percibirse, dañando su sentimiento de valía personal (Orth et al., 2008; Zeigler-Hill, 2011).

El modelo de cicatriz ha recibido menor apoyo empírico y menor atención por parte de los investigadores en comparación con el modelo de vulnerabilidad. No obstante, algunos estudios han encontrado efectos que apoyan dicho modelo (Shahar & Davidson, 2003; Shahar & Henrich, 2010). En un estudio realizado por Shahar y Davidson (2003), se examinó la relación existente entre autoestima y depresión en una muestra de 260 pacientes adultos que reciben tratamiento. Los resultados arrojados establecieron que la depresión predice una disminución en la autoestima durante los primeros cuatro meses de tratamiento y, para aquellos pacientes que no se benefician del tratamiento, también en los próximos cinco meses. Por otra parte, un estudio realizado por Shahar y Henrich (2010), demostró que el efecto de la depresión sobre la autoestima se evidenciaría en la adolescencia temprana, pero no en otras etapas de la vida. Es importante destacar igualmente que el modelo de vulnerabilidad y el de cicatriz no son mutuamente excluyentes ya que ambos podrían operar simultáneamente (Orth et al., 2008; Orth & Robins, 2013).

### 3.2.3 Modelo de relación recíproca

En los últimos años se ha establecido que tanto el modelo de vulnerabilidad como el modelo de cicatriz son plausibles y podrían operar simultáneamente. Es decir, es admisible que la baja autoestima constituya un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de episodios depresivos, del mismo modo que es plausible que las experiencias de depresión provoquen una disminución en la autoestima de los individuos (Shahar & Henrich, 2010). Esto llevó a los investigadores a establecer un tercer y último modelo al cual denominaron de “relación recíproca” o “causalidad recíproca”, en el cual ambas vías están presentes, de modo que los niveles de autoestima influyen en la depresión, pero la depresión también influye en la disminución de la autoestima (Gittins & Hunt, 2020).

Como sabemos, la depresión se asocia con distorsiones cognitivas específicas como el aumento de pensamientos negativos y el procesamiento sesgado de la información (Risch et al., 2010). Las personas deprimidas exhiben esquemas disfuncionales relacionados a sí mismos y patrones de procesamiento de información sesgados

negativamente, que pueden aumentar el riesgo tanto del mantenimiento como la recurrencia de la depresión (Beck et al., 2010; Clark et al., 2000). En este sentido, luego de un primer episodio depresivo, el sujeto podría continuar teniendo pensamientos negativos sobre sí mismo que perjudiquen su autoestima. Esta disminución de la autoestima también puede contribuir a un mayor riesgo de desarrollar nuevamente un episodio depresivo (Risch et al., 2010). Por ende, podríamos decir que la baja autoestima, y la depresión se influyen mutuamente, mientras que la baja autoestima sería un riesgo para la depresión, un episodio depresivo provocaría que pensamientos negativos sobre uno mismo se activen automáticamente afectando negativamente la autoestima del individuo, conformando un espiral que deteriora ambos constructos recíprocamente (Risch et al., 2010; van Tuijl et al., 2014).

Un estudio longitudinal realizado por Gittins y Hunt, (2020) en una muestra no clínica tuvo como objetivo examinar la relación entre autoestima y depresión en la adolescencia temprana. Para esto, los investigadores cuantificaron ambos constructos en una muestra de alumnos en 3 tiempos distintos. Al comenzar la investigación (tiempo 1), luego a los 12 meses (tiempo 2) y por último, a los 24 meses (tiempo 3). Los resultados apoyaron el modelo de relación recíproca, al demostrar que la baja autoestima predice el aumento de la sintomatología depresiva y posteriormente, los síntomas depresivos provocan una disminución de la autoestima. Estos hallazgos sugieren que, entre los adolescentes de 12 a 14 años, la autoestima parece estar estrechamente relacionada con los síntomas depresivos, mediante un circuito de retroalimentación (Gittins & Hunt, 2020).

Wouters y colaboradores (2013) también realizaron un estudio longitudinal examinando la relación existente entre autoestima y sintomatología depresivos. La muestra estuvo integrada por un total de 494 estudiantes universitarios, con un rango de edad de entre los 17 a 29 años, en un lapso de 3 meses. Los resultados arrojados por este estudio respaldan el modelo de relación recíproca demostrando que, no solo la baja autoestima constituye un factor de riesgo psicológico para el desarrollo de síntomas depresivos, sino que episodios depresivos pueden provocar autoevaluaciones disfuncionales y pensamientos negativos sobre sí mismos que afectan la autoestima.

En resumen, el modelo de relación recíproca establece que el modelo de vulnerabilidad o el modelo de cicatriz por sí solos no son suficientes para explicar la compleja relación entre la depresión y la autoestima, sino que hay una relación de reciprocidad entre ambos constructos (Gittins & Hunt, 2020). No obstante, este último

modelo no ha sido tan estudiado e investigado como los dos anteriores, lo que ha llevado a discrepancias entre los investigadores. Si bien algunas investigaciones avalan la relación de reciprocidad entre la baja autoestima y la depresión (Gittins & Hunt, 2020; Risch et al., 2010; Wouters et al., 2013), otros estudios no respaldan dicha relación. Por ejemplo, diversos estudios que examinaron la relación existente entre la autoestima y la depresión arrojaron en sus resultados un patrón consistente de apoyo al modelo de vulnerabilidad, y resultados menos consistentes o nulos para el modelo de cicatriz y de relación recíproca (Huckins et al., 2020; Orth et al., 2008; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Rieger et al., 2016; Sowislo & Orth, 2013).

A pesar del vasto esfuerzo de investigación, la relación existente entre la depresión y la autoestima continúa siendo una interrogante para los investigadores, quienes siguen sin llegar a un consenso determinado. Es fundamental que futuras investigaciones continúen analizando dicha relación, ya que comprender la naturaleza de esta asociación puede derivar en grandes beneficios tanto teóricos como clínicos (Sowislo & Orth, 2013).

## Conclusiones

La depresión constituye en la actualidad la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Dicho trastorno es considerado un problema social ya que interfiere en el funcionamiento cotidiano de las personas que lo padecen, pudiendo ser extremadamente deshabilitante, en especial cuando se cronifica (WHO, 2017). A su vez, al tratarse de un trastorno etiologicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo, en el cual interactúan factores genéticos y ambientales, los tratamientos existentes hasta el momento son parcialmente efectivos (Botto et al., 2014). La falta de abordaje oportuno repercute significativamente en los individuos en las diferentes etapas de su vida, perjudicando su salud física y mental, y restringiendo sus posibilidades de llevar una vida plena (WHO, 2021).

La autoestima es un constructo de naturaleza multidimensional que funciona como un regulador de la conducta y como un factor determinante para la adaptación personal y social. Se puede definir como la valoración positiva o negativa que se tiene de sí mismo (Holloway, 2016; Rosenberg, 1965). El desarrollo de una autoestima alta o saludable, se ha asociado a una adecuada adaptación personal y social, que favorece el bienestar y el buen funcionamiento psicológico, y contribuye a una mejor salud y calidad de vida (Holloway,



2016; Hosogi et al., 2012). De lo contrario, niveles bajos de autoestima se han asociado con una serie de trastornos psicopatológicos, en especial trastornos depresivos (Lorenzo, 2007).

Un considerable cuerpo de evidencia argumenta que la variabilidad o inestabilidad de la autoestima debe considerarse como un factor de riesgo psicológico para los síntomas depresivos (Heppner & Kernis, 2011; Sowislo & Orth, 2013). Las personas que se encuentran deprimidas o están en remisión, muestran una mayor inestabilidad en la autoestima en comparación a los sujetos que nunca tuvieron el trastorno. También, se asocia la presencia de sintomatología depresiva severa con una autoestima más inestable. Por otro lado, diversas investigaciones han establecido que el nivel de autoestima está particularmente implicado en la depresión, es decir, las personas con baja autoestima serían más vulnerables a desarrollar trastornos depresivos (Heppner & Kernis, 2011; Kernis et al., 1991; Orth et al., 2008; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Sowislo & Orth, 2013).

La depresión y la autoestima son constructos que han tomado mayor importancia en estos últimos tiempos, y si bien la literatura científica ofrece evidencia a favor de una relación estrecha entre ambos, la naturaleza de dicha relación continúa siendo un tema de debate continuo entre los investigadores (Orth et al., 2008). Luego de realizar una búsqueda detallada y minuciosa de la literatura existente hasta el momento, son tres los modelos alternativos que permiten comprender la relación existente entre ambos constructos: el modelo de vulnerabilidad, el modelo de cicatriz y el modelo de relación recíproca (Orth et al., 2008).

El modelo de vulnerabilidad es el más aceptado y comprobado hasta el momento por los investigadores, y establece que la baja autoestima es un factor de riesgo para la depresión. Para este modelo, la baja autoestima se establece como un mecanismo central que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la depresión a través de procesos intrapsíquicos y estrategias interpersonales (Orth et al., 2008; Sowislo & Orth, 2013). Por su parte, el modelo de cicatriz, propone que la baja autoestima constituye una consecuencia de la depresión en lugar de un factor causal (Orth et al., 2008). Específicamente, se supone que la depresión deteriora persistentemente la autoestima, es decir, las experiencias depresivas dejan “cicatrices” en el autoconcepto del individuo que erosionan progresivamente la autoestima con el tiempo (Sowislo & Orth, 2013). Por último, el modelo de relación recíproca establece que ambos modelos podrían operar simultáneamente, es decir, la baja autoestima constituye un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de



episodios depresivos, del mismo modo que episodios depresivos provocan una disminución en la autoestima (Shahar & Henrich, 2010).

En resumen, este estudio ha contribuido a clarificar algunos aspectos relativos a la relación existente entre autoestima y depresión. El conocimiento arrojado a lo largo del trabajo es un aporte crucial para la implementación y/o mejora de los tratamientos existentes hasta el momento para el trastorno depresivo, dando foco a la necesidad de tomar en cuenta a la autoestima como una variable fundamental a la hora de abordar dicho trastorno. También se vuelve fundamental la implementación y/o diseño de programas de salud mental que coloquen a la autoestima como una de las variables centrales en la promoción y prevención de la salud en las diversas etapas de la vida, contribuyendo a su fortalecimiento y estabilidad.

Por último, es importante destacar que la literatura disponible hasta el momento es inconclusa, generando que varios aspectos de la relación continúen sin comprenderse lo suficiente. Por ende, es fundamental que futuras investigaciones continúen investigando y profundizando en la temática, identificando otros factores o mecanismos que no han sido abordados hasta el momento, contribuyendo a explicar tan compleja relación. Se vuelve fundamental seguir investigando sobre la autoestima y su vínculo con la depresión para poder desarrollar tratamientos psicológicos de mayor efectividad y nuevas estrategias de afrontamiento para esta problemática tan frecuente en la población.

## Referencias

- Abela, J. R. Z., & Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1127–1140. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.011>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.
- Acosta, F., Rodríguez, L., & Cabrera, B. (2013). Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: Variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.08.001>
- Alcantara, J. A. (2001). *Como educar la autoestima*. Ceac.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184–200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Meriadan book.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. In *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and Application*, 14(1), 29-61.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596–619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*, 62(1), 397–409.

<https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1–24.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>

Beck, A. T., Jhon Rush, Shaw, B., & Emery, G. (2010). *TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN 19ª Edición*. Desclée de Brower, SA.

Beck, J. S., Beck, A. T., & Ruiz, A. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

Benaiges, E., Cardoner Álvarez, N., Colom Victoriano, F., & López Cortacans, G. (2013).

*Guía de Buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión*.

International Marketing and Communication.

Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000):*

*Transformaciones de los saberes psicológicos*. Universidad de la República Uruguay.

Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo:

Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de*

*Chile*, 142(10), 1297–1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>

Bowlby, J. (1993). *El apego: El apego y la pérdida*. Paidós.

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima: Vol. (Vol. 2)*. Paidós.

Butler, A. L., & Hokanson, J. E. (1994). *A comparison of self-esteem liability and low trait*

*self-esteem as vulnerability markers for depression*. *Journal of Personality and Social*

*Psychology*.

Camacho, J. M. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Recuperado de

<http://www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>

Carmona, A. B. (2013). *Proyecto de mejora de autoestima: Hacia una educación integral del*

*alumno*. Universidad Internacional de la Rioja.

Ceballos Ospino, G. A., Paba Barbosa, C., Suescún, J., Oviedo, H. C., Herazo, E., & Campo

Arias, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg

- en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 29–39.  
<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.vdea>
- Clark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A., Bieling, P. J., & Segal, Z. V. (2000). Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14(1), 100–106. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.14.1.100>
- Collado, A., Chamizo, I., Ávila, I., Martín, S., & Sánchez, A. (2021). *PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN AUTOESTIMA*. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, W.H. Freeman.
- De Man, A. F., & Gutiérrez, B. I. B. (2002). The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 34(4), 235–238. <https://doi.org/10.1037/h0087176>
- De Mézerville, G. (2005). *Ejes de salud mental los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés* (1ª ed.). México: Trillas.
- De Rosa, L., & Keegan, E. (2018). Rumiación: consideraciones teórico-clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 36–43.  
<https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1032>
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2011). Self-Esteem: Enduring Issues and Controversies. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences*, 718–746. <https://doi.org/10.1002/9781444343120.ch28>
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low Self-Esteem Is Related to Aggression, Antisocial Behavior, and Delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328–335.  
<https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x>
- Donohue, J. M., & Pincus, H. A. (2007). Reducing the societal burden of depression: A review of economic costs, quality of care and effects of treatment.

*Pharmacoeconomics*, 25(1), 7–24.

<https://doi.org/10.2165/00019053-200725010-00003>

- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607–619.  
<https://doi.org/10.1037/a0024299>
- Esparza, R. P. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: Actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(5), 7–16.
- Estévez, A. M., & Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(1), 27-35.
- Fennell, M. J. V. (1997). Low Self-Esteem: A Cognitive Perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 1–26. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015368>
- Franck, E., & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1531–1541. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.003>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 14, 237–258.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436–443. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gittins, C. B., & Hunt, C. (2020). Self-criticism and self-esteem in early adolescence: Do they predict depression? *PLOS ONE*, 15(12), 1–18.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244182>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2010). *Handbook of depression* (2nd ed). Guilford Press.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future

- Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 285–312.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555–561.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.555>
- Harter, S. (2006). The Development of Self-Esteem. In *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*, 144–150.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed). Guilford Press.
- Heatheron, T. F. (2011). Neuroscience of Self and Self-Regulation. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 363–390. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131616>
- Heppner, W. L., & Kernis, M. H. (2011). High Self-Esteem: Multiple Forms and Their Outcomes. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 329–355). Springer New York.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_15)
- Holloway, F. (Ed.). (2016). *Self-esteem: Perspectives, influences and improvement strategies*. Nova Publishers.
- Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., & Watanabe, K. (2012). Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-9>
- Huckins, J. F., DaSilva, A. W., Hedlund, E. L., Murphy, E. I., Rogers, C., Wang, W., Obuchi, M., Holtzheimer, P. E., Wagner, D. D., & Campbell, A. T. (2020). Causal Factors of Anxiety and Depression in College Students: Longitudinal Ecological Momentary Assessment and Causal Analysis Using Peter and Clark Momentary Conditional Independence. *JMIR Mental Health*, 7(6), 1–9. <https://doi.org/10.2196/16684>
- James, W. (1983). *The principles of psychology*. Harvard University Press.
- Janis, I., & Field, P. B. (1959). Sex differences and factors related to persuasibility. In *En C. I.*

- Hovland & I. L. Janis (Eds.), *Personality and persuasibility* (pp. 55–68). Yale University Press.
- Kernis, M. H. (2005). Measuring Self-Esteem in Context: The Importance of Stability of Self-Esteem in Psychological Functioning. *Journal of Personality*, 73(6), 1569–1605. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00359.x>
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D., & Mathis, L. C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 80–84. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.80>
- Kernis, M. H., Whisenhunt, C. R., Waschull, S. B., Greenier, K. D., Berry, A. J., Herlocker, C. E., & Anderson, C. A. (1998). Multiple Facets of Self-Esteem and their Relations to Depressive Symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(6), 657–668. <https://doi.org/10.1177/0146167298246009>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L. L. (2012). Rumination Mediates the Prospective Effect of Low Self-Esteem on Depression: A Five-Wave Longitudinal Study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6), 747–759. <https://doi.org/10.1177/0146167212437250>
- Lopizzo, N., Bocchio Chiavetto, L., Cattane, N., Plazzotta, G., Tarazi, F. I., Pariante, C. M., Riva, M. A., & Cattaneo, A. (2015). Gene–environment interaction in major depression: Focus on experience-dependent biological systems. *Frontiers in Psychiatry*, 6(68), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00068>
- Lorenzo, J. M. (2007). *Autoconcepto y autoestima, conocer su construcción*. Cieza. Charla Coloquial.
- Lucht, M. J., Barnow, S., Sonnenfeld, C., Rosenberger, A., Grabe, H. J., Schroeder, W., Völzke, H., Freyberger, H. J., Herrmann, F. H., Kroemer, H., & Roskopf, D. (2009).

- Associations between the oxytocin receptor gene (OXTR) and affect, loneliness and intelligence in normal subjects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(5), 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.04.004>
- Mann, M. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357–372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Martín del Campo, E. (2019). *Suicidio, el reto de adelantarse a una realidad tan compleja como invisible*. Gaceta Médica.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mckay, M., & Fanning, P. (1999). *Autoestima: Evaluación y mejora*. Martinez Roca.
- Meier, L. L., Orth, U., Denissen, J. J. A., & Kühnel, A. (2011). Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality*, 45(6), 604–612. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.08.008>
- Mejía, A., Pastrana, J. de J., & Mejía, J. M. (2011). La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. *XII Congreso Internacional de Teoría de La Educación*, 1–13.
- Ministerio de Sanidad, S. sociales e igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidad e Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Sanchez-Moreno, J., & Vieta, E. (2013). Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2372–2374. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.008>
- Monbourquette, J. (2004). *Autoestima y cuidado del alma: De la estima de si a la estima del Si: de la psicología a la espiritualidad*. Bonum.
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M.



- A. (2022). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Mora, M. & Raich, R. M. (2005). *Autoestima: Evaluación y tratamiento*. Editorial Síntesis.
- Mruk, C. (1999). *Auto-estima: Investigación, teoría y práctica (2ª)*. Desclee de Brouwer.
- Mu, W., Luo, J., Rieger, S., Trautwein, U., & Roberts, B. W. (2019). The Relationship between Self-Esteem and Depression when Controlling for Neuroticism. *Collabra: Psychology*, 5(1), 11. <https://doi.org/10.1525/collabra.204>
- Naranjo, C., & González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389–404.
- Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1–27. <https://doi.org/10.15517/aie.v7i3.9296>
- Navío Acosta, M., & Pérez Sola, V. (2020). *Depresión y suicidio: Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. Wecare-u.
- Neiss, M. B., Sedikides, C., & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, 16(5), 351–367. <https://doi.org/10.1002/per.456>
- Neiss, M. B., Sedikides, C., & Stevenson, J. (2006). Genetic influences on level and stability of self-esteem. *Self and Identity*, 5(3), 247–266. <https://doi.org/10.1080/15298860600662106>
- NICE. (2022). *Depression in adults: Treatment and management*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Niebla, J., Hernández-Guzmán, L., & González-Montesinos, M. (2010). Prueba de Autoestima para Adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10(2), 535–543.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2018.

- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *144*(10), 1045–1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(6), 455–460. <https://doi.org/10.1177/0963721413492763>
- Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*(2), 307–321. <https://doi.org/10.1037/a0015645>
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(3), 695–708. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(3), 472–478. <https://doi.org/10.1037/a0015922>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*(4), 645–658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Pariante, C. M., & Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: Classical theories and new developments. *Trends in Neurosciences*, *31*(9), 464–468. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.06.006>
- Paz, V., Nicolaisen-Sobesky, E., Collado, E., Horta, S., Rey, C., Rivero, M., ... & Gradin, VB

- (2017). Efecto de la autoestima en las interacciones sociales durante el Juego del Ultimátum. *Investigación en psiquiatría*, 252, 247-255.
- Pérez-Esparza, R., Kobayashi-Romero, L. F., García Mendoza, A. M., Lamas-Aguilar, R. M., Vargas Sosa, M., Encarnación-Martínez, M., González-Manríquez, L. A., Eternod-Rodríguez, S. A., Maltos-Gómez, F., Vargas-Valencia, K. M., & Fonseca Pérez-Amador, A. (2020). Ketamina, un nuevo agente terapéutico para la depresión. *Revista de La Facultad de Medicina*, 63(1), 6–13.  
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.1.02>
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117–1125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
- Rieger, S., Göllner, R., Trautwein, U., & Roberts, B. W. (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in the transition to young adulthood: A replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), e16–e22. <https://doi.org/10.1037/pspp0000037>
- Risch, A. K., Buba, A., Birk, U., Morina, N., Steffens, M. C., & Stangier, U. (2010). Implicit self-esteem in recurrently depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.003>
- Roa García, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania: Estudios y Propuestas Socio-Educativas*, 44, 241–258.
- Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (1997). Temporal variability in global self-esteem and specific self-evaluation as prospective predictors of emotional distress: Specificity in predictors and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 521–529.
- Robins, R., Trzesniewski, K., & Donnellan, B. (2012). A brief primer on self-esteem. *The Prevention Researcher*, Volume 19(2), 3–8.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158–162.

<https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x>

Robinson, J., Shaver, P., & Wrightsman, L. (1991). Measures of Self-Esteem. In *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, 1, 115–160.

Rogers, C. (1967). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid, España: Alfaguara.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1990). Are people changed by the experience of having an episode of depression? A further test of the scar hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 264–271. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.99.3.264>

Rojas Marcos, L. (2007). *La autoestima: Nuestra fuerza secreta*. Espasa.

<https://www.overdrive.com/search?q=3597F6EB-5530-42C7-A1F8-6F5C92142990>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Decleée De Brouwer S.A.

Saphire-Bernstein, S., Way, B. M., Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2011).

Oxytocin receptor gene ( *OXTR* ) is related to psychological resources. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(37), 15118–15122.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1113137108>

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>

Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 890–900. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.890>

Shahar, G., & Henrich, C. C. (2010). Do Depressive Symptoms Erode Self-esteem in Early Adolescence? *Self and Identity*, 9(4), 403–415.

<https://doi.org/10.1080/15298860903286090>

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A

- meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240.  
<https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Sowislo, J. F., Orth, U., & Meier, L. L. (2014). What constitutes vulnerable self-esteem? Comparing the prospective effects of low, unstable, and contingent self-esteem on depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(4), 737–753.  
<https://doi.org/10.1037/a0037770>
- Tafet, G. E., & Nemeroff, C. B. (2016). The Links Between Stress and Depression: Psychoneuroendocrinological, Genetic, and Environmental Interactions. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(2), 77–88.  
<https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15030053>
- Teruel, B. M. (2015). El rol de los genes en la depresión: Una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 9(1), 5–7.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381–390. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381>
- van Tuijl, L. A., de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 113–121.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.09.007>
- Vázquez, C., Hervás, G., & Hernangómez, L. (2010). MODELOS COGNITIVOS DE LA DEPRESIÓN: UNA SÍNTESIS Y NUEVA PROPUESTA BASADA EN 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18 (1), 139.

- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en Atención Primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2–11.
- Wagner, J., Lüdtke, O., Jonkmann, K., & Trautwein, U. (2013). Cherish yourself: Longitudinal patterns and conditions of self-esteem change in the transition to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(1), 148–163.  
<https://doi.org/10.1037/a0029680>
- Watson, D., Sulz, J., & Haig, J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(1), 185–197. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.185>
- World Health Organization. (2012). *World Mental Health Day: Depression is the most common mental disorder*.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.
- World Health Organization. (2021). *Depression*.  
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wouters, S., Duriez, B., Luyckx, K., Klimstra, T., Colpin, H., Soenens, B., & Verschueren, K. (2013). Depressive symptoms in university freshmen: Longitudinal relations with contingent self-esteem and level of self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 47(4), 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.03.001>
- Zapirain, N., & Arratibel, M. (2012). Las relaciones de apego con el padre y la madre en la segunda infancia y su relación con la autoestima. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 177–187.
- Zarragoitia, I., Osa O' Reilly, M., Agudín Depestre, S., & Marot Casaña, M. (2018). La Depresión: Retos y conflictos en el siglo XXI. *Ciencias Médicas* XIX, 1–22.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157–164.

<https://doi.org/10.1007/s10879-010-9167-8>

---