



La autoestima y el autoconcepto en la mujer con esterilidad

Jorge Carreño-Meléndez,* María Consuelo Henales-Almaraz,[†] Claudia Sánchez-Bravo[§]

* Investigador B.

[†] Psicóloga Especialista.

[§] Investigadora C.

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

Este trabajo surge de las distintas investigaciones con mujeres que presentan esterilidad, cuya constante radica en la asociación entre el incremento en el número de síntomas, con un decremento de la autoestima y el autoconcepto. Los dos constructos teóricos se refieren a la capacidad para valorarse a sí mismo. El primero es el sentimiento de valía que una persona se asigna y reconoce a partir de su propia historia. El segundo, un reflejo de las percepciones acerca de uno mismo y cómo se es visto por los demás. Podemos entender el autoconcepto como una subestructura de la autoestima compuesta de diversos contenidos estrechamente relacionados. Los contenidos de la subestructura del autoconcepto son afectos expresados en su porción más externa, instrumental y superficial. En la medida en que los tratamientos por esterilidad se prolongan y fracasan, se van invadiendo otras subestructuras hasta llegar a rebasar la frontera del autoconcepto: alcanza la autoestima. Con la psicoterapia no se busca elevar la autoestima o el autoconcepto, sino darle elementos a la persona que le permitan funcionar con una valoración ajustada, donde la realidad interna y externa facilite lograr una adaptación a su mundo cotidiano en forma saludable.

Palabras clave: Autoestima, autoconcepto, esterilidad, manifestaciones reactivas.

ABSTRACT

This work comes from several studies with sterile women, in which there is an association between an increase in the number of symptoms and a decrease in self-esteem and self-concept. Both theoretical constructs refer to the ability to value oneself. The first one is the feeling of value that a person assigns and recognizes from its own history. The second one is the reflection of own perceptions and how people look at her. Self-concept can be understood as a self-esteem substructure composed of different elements narrowly related. Elements of the substructure of self-concept are affections expressed in their most external, instrumental and superficial portion. As fertility treatments extend and fail, other substructures seem to be invaded until the self-concept border is overtaken reaching self-esteem. Increasing self-esteem and self-concept are not the objectives of psychotherapy, but it is to provide elements to allow a person to function with a reasonable valuation, where internal and external realities provide a healthy way of adaptation in their daily world.

Key words: Self-esteem, self-concept, sterility, reactions emotional, infertile women.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge de las distintas investigaciones sobre mujeres con esterilidad, cuya constante radica en la asociación entre el incremento del número de síntomas y de cambios en el estado de ánimo con el autoconcepto y la autoestima baja. Los cambios en

el estado de ánimo son reacciones de tipo ansiosas y depresivas; ahora bien, aunque la relación con la autoestima no es lineal, algunas manifestaciones se reportan por medio de ella, pues una valoración baja de sí mismo no determina una condición necesaria para presentar alguna expresión de psicopatología, manifestaciones reactivas o trastornos adaptativos; pero sí es un indicador de conflicto psicológico.¹

El desarrollo de la investigación sobre mujeres con problemas de fertilidad tuvo lugar en una institución de salud en reproducción humana, donde se atiende y trabaja con la salud psicológica relacionada con la reproducción de la mujer y su pareja. Del total de pacientes atendidas por una condición de riesgo en la salud reproductiva, el 30%, frente a un diagnóstico, tiene una amplia gama de respuestas psicológicas condicionadas al evento: entre las respuestas más comunes se encuentran las manifestaciones depresivas y ansiosas, y su fin consiste en lograr la adaptación al problema. Para la explicación de esas manifestaciones se han empleado modelos como la regresión lineal múltiple donde el 65% de las reacciones depresivas y el 62% de la ansiedad rasgo son originadas por un componente de autoestima baja.²

La ansiedad rasgo es un componente caracterológico, una forma característica de interpretar e incorporar la realidad, ya que se tiene introyectada la percepción de que la realidad es impredecible, azarosa, sin un mínimo control sobre los eventos. De acuerdo con algunos factores que la explican, se ha encontrado relación con el papel de género de sumisión, la falta de asertividad, estrategias de afrontamiento de tipo evitativo y, como factor pronóstico, en más del 50%, una autoestima baja.³ Otros trabajos muestran que el autoconcepto también se halla disminuido ante los eventos obstétricos, ginecológicos y reproductivos, lo que produce una valoración afectada, impactada o desequilibrada de sí misma.⁴

La importancia de estudiar los conceptos de autoestima y autoconcepto en una población que atiende la salud reproductiva desde el enfoque de la psicología de la salud radica en generar evidencias de los cambios que se presentan en los eventos reproductivos adversos, como sucede con los padecimientos crónicos degenerativos, enfermedades de transmisión sexual y las distintas disfunciones sexuales. Para estos estudios, los investigadores han empleado diseños transversales y no pueden concluir si la autovaloración disminuye antes o después de un diagnóstico. Probablemente las dos respuestas sean correctas, pero la explicación no; en principio, tenemos que saber si lo que se está midiendo es la autoestima o el autoconcepto, dos paradigmas relacionados estrechamente, aunque reportados de manera distinta. Se ha observado que, ante los eventos inmediatos como la pérdida gestacional recurrente, las primeras etapas del climaterio, un diagnóstico de

malformación congénita o un padecimiento crónico, el impacto en el autoconcepto resulta contundente, a diferencia de la población con esterilidad en que el autoconcepto se mantiene relativamente sin cambios. Por el efecto de la cronicidad, la autoestima se ve afectada en la esterilidad.⁴

Cuando se emplean los dos constructos de manera indistinta, se pierde la precisión que se requiere para un tratamiento clínico; al generalizar los conceptos, se banalizan, pierden sentido y valor como diagnóstico, por ejemplo: la autoestima baja es un criterio clínico para establecer un trastorno mental severo del estado de ánimo como en la distimia.⁵

Las investigaciones durante más de 15 años en población femenina con esterilidad muestran que alrededor del 42% padece autoestima baja; aunque sólo el 27% reporta alteraciones en la salud psicológica asociadas con otras variables, desde luego, también participa el tiempo de evolución del padecimiento; la cúspide de la sintomatología se observa a los cinco años de evolución, con poder pronóstico del 62% para la manifestación de reacciones de ansiedad y 65% de las reacciones de depresión, lo que confirma que no existe un efecto lineal entre la valoración propia y la presencia de alteraciones o síntomas psicológicos.⁶

El solo reporte de baja autoestima o autoconcepto disminuido no determina la presencia de las reacciones; sin embargo, en la medida en que exista un reporte de la modificación con puntajes bajos en alguno de los dos constructos medidos con los instrumentos de tamizaje cobrará significancia clínica, ya que sería indicativo de que la mujer evaluada muestra algún conflicto psíquico.

En un 90%, la esterilidad en la pareja puede ser explicada por un factor femenino, masculino o mixto; en el 10% restante aún no se establece el diagnóstico; aunque sin precisar los porcentajes de la prevalencia, en un intento por explicarlo, se propone el sobrepeso y las enfermedades de transmisión sexual como factor etiológico. El sentido común, retomado por profesionales y no profesionales de la salud psicológica, especula que en las parejas donde no se estableció el diagnóstico médico se debe a un problema psicológico de la mujer que impide la fertilidad. Esta misma explicación se extiende para la infertilidad y algunos otros eventos de la reproducción humana, sin proponer un puente que pueda asociar la afectación del estado de ánimo con la fisiología, y que opere en contra de la fertilidad o una gestación sana.

Según la investigación en psicología de la salud, en la esterilidad femenina se puede observar un conflicto intrapsíquico que se hace evidente en la expresión de la duda y vergüenza sobre la infertilidad, dificultad en la toma de decisiones, celos y envidia de las mujeres embarazadas, alteraciones de la vida sexual. Otra evidencia son los conflictos con la realidad: por limitaciones financieras para realizarse un procedimiento médico-reproductivo, conflictos con la pareja por la reproducción, impacto por las críticas de la familia política, ciclos de reproducción asistida fracasados y limitaciones por la edad para continuar con procedimientos.

Con independencia de la situación que se trate, los reportes verbales de la intensidad de las reacciones o manifestaciones clínicas en la mujer variarán según el valor atribuido al evento reproductivo. Para las mujeres que se pueden embarazar de la población abierta, hay matices sobre la importancia de tener un hijo; para la mujer estéril en tratamiento, el embarazo y la maternidad son fundamentales para definir su identidad como mujer. Si no lo logran, en muchos casos, esa identidad como mujer se ve impactada de manera importante, pues ejerce un cuestionamiento en su valoración; por efecto de la identidad como mujer disminuida, reportará una valoración baja de sí misma. En estos casos ejerce una influencia en la salud psicológica debido a la combinación con otras variables.⁷

Algunos autores^{8,9} han señalado que la autoestima es un aspecto de la personalidad del individuo que expresa un recurso de afrontamiento o uno de los predictores del estilo o conducta de afrontamiento.¹⁰ Se supone que la autoestima funciona como un factor discriminante en cuanto a la respuesta de bienestar, en tanto que potencializa el tipo de afrontamiento del sujeto ante estímulos del medio, con arreglo a la valoración de sus capacidades y su valía personal.¹¹ Esta relación entre autoestima y los procesos de afrontamiento ha desviado frecuentemente la atención de los investigadores, relegando a la autoestima a un plano secundario.¹²

Rosenberg¹³ menciona que la autoestima, de forma global, puede distinguirse en un campo específico de la evaluación de uno mismo. Cada campo particular de evaluación está típicamente incluido en medidas de autoconcepto, al cual define como la totalidad de pensamientos y sentimientos individuales, teniéndose a sí mismo como referencia, como un objeto. Vite

y cols.¹⁴ realizan una investigación tomando como variable dependiente la autoestima. Para la autora, está conformada por varias áreas, entre otras, antecedentes familiares y el autoconcepto del que se derivan los papeles que representa una mujer: madre, esposa, ama de casa y trabajadora. Estos autores relacionan el autoconcepto y la autoestima como dos entidades estrechamente relacionadas. Aguilar y Berganza¹⁵ la definen como el sentido de autoevaluación multidimensional que una persona experimenta en las diferentes áreas de su vida.

A pesar de las aportaciones en el campo de la autoestima, en su descripción y evaluación, mantiene elementos de la definición que hace operacionalmente. Coopersmith¹⁶ la define como el juicio de valía expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo: es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conductas manifiestas.

LA AUTOESTIMA Y EL DESARROLLO

Diferentes autores han estudiado la autoestima,^{11,16-18} quienes teorizan acerca de cómo se construye, qué eventos de la vida pueden afectarla o si existe diferencia entre los géneros. Hunt⁸ la define como el nivel global de consideraciones que uno tiene de sí mismo como persona. Además,⁹ se plantea que la autoestima global se concibe como un juicio evaluativo que comprende lo negativo con lo positivo, aplicado al más alto grado de autoconocimiento, el sí mismo.

En múltiples ocasiones, los conceptos se manejan por separado y dan la impresión de que son dos factores sin relación, para otros es indistinto cómo utilizarlos; pero lo que tienen en común es que necesariamente se remiten a un sentimiento subjetivo, interno, que entra en juego con la realidad.

Para otros, la formación de la valoración de sí mismo reside fundamentalmente en el proceso de interacción social, por lo que su configuración se realiza en función de los distintos ámbitos o contextos en los que interactúa el individuo; de este modo, se crean diferentes dimensiones de la autoevaluación.¹⁹

Todos coinciden en que el concepto de propia valía tiene su fundamento en la integración de pensamientos, sentimientos y sensaciones sumadas a lo largo de la infancia, donde su existencia está plagada de experiencias gratificantes en la historia personal. Al

pasar por diversas etapas o crisis maduracionales, sabe que cuenta con unos padres que van a resolver algunas situaciones por ellos; otras le enseñarán cómo resolverlas y algunas otras serán resueltas mediante el ensayo y error. La subjetividad se va constituyendo, de esta manera, desde la percepción de pertenencia a una familia que lo quiere, lo cuida, lo apoya y que es importante para los padres, independientemente de su apariencia física, introyectando el éxito o fracaso frente a los dilemas que le plantea la vida. Esto determinará la sensación de valía o incapacidad, además de que cuenta con unos padres que lo van incorporando y acompañando, mediante la crianza, al mundo social sin muchos fracasos adaptativos, con la seguridad de que lo que interpreta de la realidad es correcto y no sólo construcciones subjetivas que no guardan ninguna relación con el mundo real. Los padres, mediante la prueba de realidad, lo ayudarán a filtrarla, independientemente de la evaluación o afectos que el Yo ponga en ella.

La adolescencia es determinante para la conformación de la valoración del sí mismo,^{20,21} tal y como lo han sugerido las investigaciones. Todas las personas a lo largo de su desarrollo pasan por tres etapas críticas: la primera alrededor de los tres años; la segunda alrededor de los siete y la tercera alrededor de los dieciséis, cuando las adquisiciones de la infancia entran en juego frente a problemas que se van presentando en la vida cotidiana. Las adquisiciones tempranas son aún más significativas al enfrentar problemas vitales como la elección vocacional, la elección de pareja, el casamiento y la reproducción. Pasar las etapas críticas con éxito dependerá de la consistencia, el cuidado amoroso y la presencia de los padres. Si se superan las etapas, quedará una estructura que el adolescente en su crecimiento completará hasta la vida adulta con sus propias experiencias; de lo contrario, enfrentará constantes fracasos adaptativos.

Cuando las dimensiones de autoestima funcionan relativamente en forma independiente se puede analizar el grado de bienestar psicológico de un individuo en función de las autoevaluaciones que realiza con respecto a los ámbitos del *self* más próximos a su rol social.¹⁰ Si la autoestima se relaciona con la salud psicológica, una disminución de ésta inevitablemente presentará alteraciones psicológicas cuando está en juego otro tipo de variables de carácter personal y del medio ambiente social; mientras la depresión se relaciona con la presencia o un incremento de even-

tos vitales estresantes, relacionados con el género, la educación y la ausencia de vínculos sociales.¹⁰

La baja autoestima⁷ no predice necesariamente un grado elevado de depresión. Es la reacción de la autoestima ante los eventos estresantes vitales la que eleva el riesgo de generar depresión.¹⁰ En estos casos, el apoyo social disponible permite hacer frente a las situaciones estresantes e incidir en la promoción de bienestar psicológico.⁷ Cuando los eventos que alteran el estado de ánimo se presentan en forma repentina, impredecible y constante, la resistencia del individuo para afrontar las diferentes situaciones vitales queda vulnerada; pero esta circunstancia sólo favorece la aparición de la depresión en el caso de que esos sucesos vitales sean numerosos y no deseables.¹⁰

Desde dicha perspectiva nacen las investigaciones dirigidas a conocer la elaboración personal que el sujeto realiza de su propia experiencia, de su vida social, de su actividad cotidiana, de sus vivencias, de su propia salud, mediante indicadores que los especialistas coinciden en llamar *subjetivos*.¹¹

Otras variables indistintamente tratadas como referentes internos o condicionantes de la salud psicológica son el control percibido, la autoeficacia y el *status* subjetivo, entre otras. Su importancia radica en el papel que desempeñan como reguladores de la evaluación del sujeto en relación con su bienestar.¹¹

En lo relativo al condicionamiento de género, el 97% de las mujeres insatisfechas evaluó como negativas las actividades que tienen que ver con los roles y responsabilidades domésticas que le son socialmente asignadas. Estas cifras confieren a esta variable un carácter predictor de insatisfacción en esta población femenina,¹¹ y no sólo la autoestima o el autoconcepto bajo.

La importancia clínica que representa tener una valoración de sí misma, ya sea en la autoestima o el autoconcepto bajo, es que por medio de ella se reportan múltiples manifestaciones reactivas de origen psicológico, un indicador de que la paciente en tratamiento por esterilidad está padeciendo algunas modificaciones que le impiden mantener la confianza en sus decisiones. Éstas pueden tener repercusiones en su tratamiento como: baja adherencia terapéutica, abandono del tratamiento, conflictos con la pareja, consultas médicas innecesarias por manifestaciones de ansiedad y depresión reactiva al problema de esterilidad.

DIFERENCIA ENTRE AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

Aunque los paradigmas de autoestima o autoconcepto (*Figura 1*) son los más mencionados dentro y fuera de los ámbitos académicos y no académicos de la psicología, por la laxitud del uso han de ser interpretados o reinterpretados según convenga. Ambos conceptos son la piedra angular donde descansa mucha de la teoría, desde el psicoanálisis, la psicología general, la psicología clínica y, recientemente, la psicología experimental.

Ante esta diversidad y desde un enfoque de la psicología clínica, se tienen que precisar los conceptos, sobre todo aquellos que sufren un proceso de modificación, al pasar de los ámbitos académicos de la psicología a los del sentido común, pues pierden precisión. Cuando un concepto pierde precisión, se va tornando generalizable, se aplica a todo; cuando su uso se convierte en una práctica colectiva, parecería que cualquiera puede hacer un diagnóstico de una baja o alta autoestima o autoconcepto: se indica lo que hay que hacer, desde repetir una infinidad de ocasiones lo bien que se siente una persona ante la adversidad o realizarse cirugías estéticas que muestren un cuerpo o un rostro muy distinto del que originalmente se tenía; todo supuestamente para incrementar y mantener una autoestima, no ajustada, sino elevada, como si la valoración de sí mismo

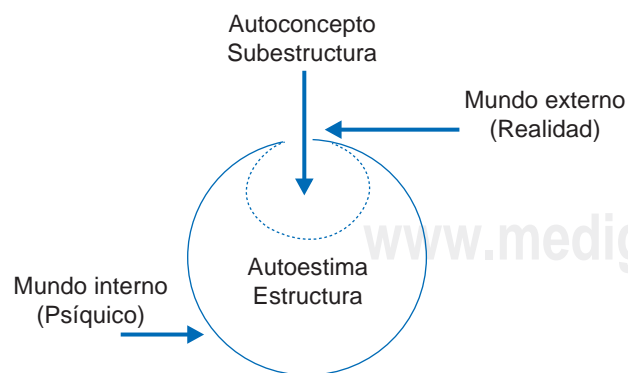
no tuviera una relación con la compleja realidad del mundo interno y externo.

Se puede elevar el autoconcepto si se modifica la apariencia física: si bien la aceptación del cuerpo depende de la autoestima, en múltiples ocasiones puede guardar o no relación con la apariencia física; la aceptación de que es el único cuerpo que se tiene para contender con el mundo, es lo determinante, por lo general, por más transformaciones que se pretendan realizar a la apariencia, lo original queda, en un autoconcepto o una autoestima ajustada, interviene la capacidad de juicio. El componente interno ajustado se refiere a conocer las capacidades y limitaciones que tiene una persona. La frecuente prueba de realidad indica que está ajustado en la percepción y el juicio. Cuando no se tiene una autoestima ajustada, se presenta la sobrevaloración con frecuentes fracasos adaptativos, múltiples conflictos en las relaciones interpersonales, con el entorno, condicionando la salud psicológica.

En ocasiones, nos enfrentamos a una valoración de sí mismo que tiene un origen de impostura, artificialmente sostenida con valores de una enorme jerarquía social como belleza, juventud, delgadez, color y textura de la piel, como si fueran inmodificables con el paso del tiempo. Cuando éste ha transcurrido, la valoración de sí mismo vuelve a su valor original: cuando es bajo, se presentan reacciones psicológicas intensas, como sucede en algunas mujeres durante la fase climatérica.

No pretendemos hacer un recorrido histórico de las distintas concepciones que se han elaborado teóricamente sobre cómo se puede diferenciar o en qué consiste, o cómo se construye la valoración de sí mismo. Intentar establecer la frontera entre la autoestima y el autoconcepto resulta una tarea ardua; puede ser que no se logre y hasta ser opuesta a la lógica discursiva en torno a ella, ya que durante algunos años han sido conceptos similares intercambiables, medidos con instrumentos que no pueden diferenciar entre la autoestima y el autoconcepto. Aunque no existe ninguna prueba psicológica que puede medir en forma total la valoración que tiene la persona de sí misma, los instrumentos disponibles tienen la virtud de mostrar un aproximado, un indicador para el trabajo clínico.

La teorización en forma sistemática se debe a Freud (1919).²⁰ La explicación sobre cómo se va construyendo el sentimiento de valía de sí mismo, en una forma práctica, se observa en los grupos de



Filtros:

Autoconcepto: una subestructura de la autoestima.

Autoestima: estructura.

Dos entidades estrechamente relacionadas.

Figura 1. Relación del autoconcepto y autoestima.

psicoterapia de mujeres con esterilidad. Un elemento en común es que en aquellas que manifiestan una autoestima baja tiene una estrecha relación con la infancia. De acuerdo con los teóricos, un buen porcentaje de ellas nacieron sin un lugar en el mundo, ya que los padres no fueron lo suficientemente consistentes con el afecto;²⁰ el amor que deberían proporcionarles durante la crianza, no las hicieron sentir que fueran objetos de amor; muchas ocasiones les fue negado o bien tuvieron que competir por él, a veces sin lograrlo. En la minoría de las pacientes en tratamiento psicológico por esterilidad, el origen del desajuste de su valoración se debe a la sobreprotección durante la infancia, que genera una valoración de impostura y, al contender con la realidad, no tiene los filtros de interpretación del mundo para prevenir el impacto de los cuestionamientos sociales sobre su fertilidad.

La autoestima, según Freud, es primaria, puesto que deriva del narcisismo infantil; otra parte procede de la omnipotencia, confirmada por la experiencia del cumplimiento del ideal; una tercera parte se origina en la satisfacción de la libido del objeto, cuando el sujeto logra ser amado o correspondido.²¹

Los dos constructos teóricos, la autoestima y el autoconcepto hablan de la capacidad para valorarse a sí mismo. El primero es el sentimiento de valía que una persona se asigna y reconoce a partir de su propia historia, una valoración íntima que se va construyendo, en términos generales, a partir de una base adquirida durante la infancia, con una estructura que permite contender a lo largo de toda su vida con las situaciones que cuestionen su valía; al estar plagada de experiencias particulares, algunos fracasos con la realidad no tendrán repercusión; en cambio, otros serán devastadores para el cuestionamiento de su valía.

El segundo, el autoconcepto, es un reflejo de las percepciones acerca de uno mismo y de cómo se es visto por los demás: la incorporación de la vida social a la psique. Fitss²² lo refería como el componente social que está más en contacto con la realidad; tiene un carácter multifactorial, ya que contiene la autocrítica, la identidad, la autosatisfacción, el comportamiento, el yo físico, el yo ético-moral, el yo personal, el yo familiar, el yo social.

Podemos entender el autoconcepto como una subestructura de la autoestima compuesta de múltiples y diversos contenidos estrechamente relacionados. Los contenidos expresados en la subestructura del auto-

concepto tienen sus raíces en la estructura misma de la autoestima, sólo que expresados en su porción más externa, instrumental y superficial, que puede ser capaz, por su condición dinámica, de modificarse por cambios en el mundo externo, por la vida cotidiana, por la realidad. El autoconcepto, por ser una subestructura dinámica, está en cambio permanente: los logros académicos, laborales, familiares y satisfactores inmediatos pueden tener una repercusión en él. El fracaso en algún área vital de la persona contribuirá a su decremento; en ocasiones, esto puede suceder sin tocar la estructura de la autoestima, por eso la valoración de sí mismo parecería tan lábil, de un día a otro, y puede cambiar el sentimiento frente a distintas circunstancias de la vida. Si algo sale bien, se reporta bienestar; si no, malestar consigo mismo.

ESTERILIDAD Y AUTOESTIMA

Por su parte, la mujer con esterilidad frecuentemente reporta que la crítica social de la familia política o la pareja impactan su sensación de valía, su estado de ánimo, de un momento a otro, de un día a otro; por temporadas, incrementa o disminuye su valía; se siente avergonzada por no poder tener hijos cuando ella lo desea, a instancias de la crítica-culpa. A medida que pasa el tiempo se percibe frágil, vulnerable. En cada fracaso del tratamiento, la sensación de "mujer de segunda" se agudiza. Las manifestaciones de ansiedad, depresión, incremento de la ingesta de alimentos, conflicto con la pareja o con la familia política y las alteraciones sexuales se hacen inmanejables, por vivir con una sensación de desventaja frente a otras mujeres por no tener hijos. Estar a la disposición de los demás en su tiempo, economía, intereses y prioridades vulnera la valía.

Si el reporte de poca valía como mujer tiene una larga evolución, no sólo se vulnera el autoconcepto, sino que se debilita la autoestima. Si la persona se cuestiona esta valía a partir de un solo elemento contextual, su fertilidad, entonces el autoconcepto tuvo un cambio en su dinámica, de muy corta evolución, y el cambio mostrado será circunstancial: en un tiempo breve, vuelve a su estado original.

Tener una alta autoestima o autoconcepto durante décadas ha sido interpretado como equivalente de salud mental,²⁰ aunque no se establece una relación directa, como causa o como efecto; sin embargo, la

valoración que reside en el autoconcepto puede variar por efectos de la crítica y la comparación social.

Cerca del 30% de las mujeres en tratamiento por esterilidad hablan de que cuando eran niñas tenían confusiones importantes acerca de qué papel jugaban dentro de la vida de sus padres y de la familia, pues existía confusión afectiva con unos padres que tenían una marcada tendencia a ser inconsistentes, lo que incidía en cómo proporcionaban el afecto a cada uno de sus hijos, cómo los posicionaban dentro del contexto familiar y social; crecieron con dudas y, por tanto, con una estructura de la autoestima frágil, en ocasiones incompleta que, por momentos, parecería responder ante las demandas sociales. Sólo se pone en evidencia la estructura cuando se enfrentan a situaciones vitales. Cuando la estructura está lo más terminada posible, sólo puede ser minada cuando la crítica a la persona se vuelve persistente y prolongada, o cuando ha tenido variaciones frecuentes de autoconcepto, por ejemplo en la identidad como mujer, la autosatisfacción y el Yo físico (apariciencia física).

Sabemos que la estructura se construye con algunas fisuras, algunas tan importantes que se muestran como estructuras inacabadas. Éstas tendrán repercusiones importantes al momento de contender con el mundo, pues hay confusión sobre su actuación dentro de él, y no sólo frente a la reproducción, sino frente a su vida en pareja, su sexualidad, sus metas y sus deseos.

Otras funcionan como estructuras fisuradas; esto se observa en la mayoría de las personas, que pueden presentar reacciones ante algunos acontecimientos de la realidad sin constituirse en manifestaciones intensas o conflictos intrapsíquicos expresados como una tristeza mínima de muy corta evolución.

Las mujeres en tratamiento psicológico por esterilidad tienen una óptica particular desde la que representan el mundo interno, la cual les indica que no tienen cabida en él, ya que no cumplen las expectativas de mujer incorporada tempranamente ni desde el imaginario social de lo que es una mujer. Inicialmente, el autoconcepto se ha modificado a causa de la autocrítica, expresada en culpa por no tener un hijo. En la medida en que los tratamientos se prolongan y fracasan, se van invadiendo otras subestructuras hasta llegar a rebasar la frontera del autoconcepto: alcanza la autoestima; no se queda en lo superficial. La intensidad de las reacciones dependerá de qué

tan introyectadas estén las representaciones simbólicas de la identidad de género femenino ligada a la reproducción.

Se ha observado que muchas mujeres han tenido logros en áreas sustantivas de su vida; sin embargo, cuando no logran el embarazo, todos esos logros no tienen importancia para la sensación de valía. La dinámica del autoconcepto se ve impactada si los tratamientos se prolongan sin lograr el embarazo; esa sensación de minusvalía va impactando distintas áreas de su vida hasta mostrar una insatisfacción total con respecto a ella. A partir de vivir esa sensación, surge un proceso en que se conflictúa con su entorno con mayor frecuencia, ante el menor pretexto, y debido a una sobreinterpretación de los acontecimientos de la realidad tiene problemas con la pareja, la familia política y la de origen. Como una forma de externar y de aliviar la sensación desagradable sobre su persona, las mujeres con problemas de esterilidad muestran síntomas, así el conflicto interno se exprese cuando hay problemas en la adherencia terapéutica, en algunas ocasiones con un incremento considerable del peso corporal. La cancelación de ciclos y tratamientos de reproducción asistida las hace sentirse tristes y ansiosas, por lo que culpan al medio de la sensación de fracaso.

Los filtros para incorporarse en el mundo se han establecido desde la infancia. La interpretación dependerá de cómo se construye la subjetividad; ella organiza toda nuestra realidad y sin ella no sería posible que existiera ni mundo exterior o interior.²³ La subjetividad está presente en todas las actividades de la vida cotidiana, donde se puede dar sentido de realidad, frente a muchas y distintas circunstancias; la subjetividad de su valoración expresada en la autoestima no recibe un impacto de la realidad en forma directa, por no estar expuesta al mundo social: el autoconcepto recibe el impacto del exterior. Cuando el impacto es constante y sistemático, sí es capaz de modificar el sentimiento de valía, reportado en la autoestima; si no, permanecerá en la superficie sin afectar en forma permanente. Cuando la estructura se halla inacabada, defectuosa, los filtros de la interpretación no funcionan de forma adecuada, pues esa estructura se debilita aún más, hasta convertirse en un objeto frágil que impide en ocasiones diferenciar aquello que acontece en la realidad, si es responsabilidad de ella o de los demás, como pasa en las relaciones de maltrato y violencia.

Se ha observado que, cuando se manifiesta una autoestima baja, pueden estar enmascaradas una serie de sensaciones que tienen que ver con las manifestaciones de estados afectivos, emocionales particulares, reportados como tristeza, estrés, conflictos relacionales con la pareja y la familia política, así como manifestaciones depresivas y ansiosas, sin llegar a ser estados de enfermedad mental o psicopatologías, cuyo origen puede situarse en la realidad. Desde luego, si existe como antecedente una psicopatología o enfermedad mental esa realidad será interpretada desde esa óptica, lo que la hace inmanejable, más complicada y con una carga de sobreinterpretación que genera dolor real o artificial: con el término *real* nos referimos a aquellas situaciones que provienen estrictamente de la realidad, a la que todos están expuestos; *artificial*, a la sobreinterpretación o la distorsión que se puede hacer de un evento que guarda poca relación con la realidad, con un grado importante de sufrimiento.

Los contenidos de la subestructura del autoconcepto están organizados de una manera sincrónica: la autocrítica, la identidad, la autosatisfacción, el comportamiento; el Yo físico, ético-moral, personal, familiar, social. En su expresión instrumental, se puede ubicar el tipo de afrontamiento, el papel de género, la asertividad, el *locus* de control; todos esos contenidos tienen su origen de forma diacrónica en la estructura de la autoestima, están comunicados de manera constante y estrecha, sólo que la autoestima es lo íntimo; el autoconcepto es lo privado y lo público, por lo que se hallan en planos distintos, que los hacen diferentes. La estructura y las subestructuras revestidas de afecto en estrecha relación pueden hacer la diferencia: la autoestima no puede ser tocada por la crítica del mundo exterior en forma directa; el autoconcepto, sí. La crítica, la comparación, la descalificación, cuando se hacen permanentes, pueden llegar a los orígenes de esa estructura; de no ser así, permanecerán en el autoconcepto de una forma pasajera, mostrada como tristeza, enojo, con estados pasajeros de ansiedad, preocupación, necesidad de descarga de un afecto en particular; por eso en los reportes verbales se observa que puede ser cambiante. Un evento en particular aislado parecería aniquilar la sensación de valía de la persona; sin embargo, en breve tiempo se muestra recuperada.

Cuando los eventos son continuos, sistemáticos, dolorosos, plagados de mensajes confusos sí se afecta la autoestima. La vida cotidiana puede hacer variar el autoconcepto por la inmediatez del impacto, por

los propios eventos; éstos pueden ser variados: la ruptura de una relación de pareja, el fracaso escolar, la descalificación pública, el fracaso reproductivo, cambios en el estilo de vida y dificultades adaptativas. Con todo esto se siente dolor, no enfermedad.

Sabemos que hay un mundo interno que nos puede determinar; pero también reconocemos que existe una realidad que puede ir modificando nuestro mundo interno. Las experiencias gratificantes durante la infancia pueden tener como resultado una estructura lo más completa posible, pues permite discriminar lo verdadero de lo falso, lo interno de lo externo, lo que está dentro y lo que está fuera; reconocer un buen trato de un maltrato. Por lo contrario, los significados que se atribuyen a los eventos, las palabras y las acciones de una vivencia desagradable y crónica, por su condición misma, impiden una adaptación sana. También hay adaptaciones patológicas, pero el costo en la salud psicológica es muy elevado.

Para algunas personas, tener un trastorno adaptativo es una situación insignificante. Los recursos psicológicos que se emplean son múltiples, por lo que la consejería sobre cómo incrementar la valía no basta para que disminuyan las manifestaciones. En la esterilidad, la representación psicológica del evento que se está enfrentando, por ejemplo la maternidad, determinará el curso de la adaptación o no a la situación. Las representaciones no son simples imágenes, verídicas o engañosas, de una realidad *externa*. Poseen una energía propia que las persuade de que el mundo o el pasado es, en efecto, lo que dicen que es.²⁴

Cada persona vive pensando y reflexionando sobre los acontecimientos del pasado, sobre su relación con las personas de su entorno inmediato y consigo misma. Las orientaciones de autoayuda provocan el cambio de discurso sobre la valoración; sin embargo, no pueden modificar la sensación de valía de una persona cuando la estructura de origen está mal edificada. Con la psicoterapia no se busca elevar la autoestima o el autoconcepto, sino que las personas funcionen con una valoración ajustada, donde la realidad interna y externa permitan lograr una adaptación a su mundo cotidiano en forma saludable.

El autoconcepto tiene funciones protectoras, por ejemplo, en la subescala del Yo físico cuando a partir de un incremento en el peso corporal se disminuye la sensación de atracción o la valoración de sí mismo. La disminución en esta subescala es normal, ya que da a la persona elementos para el autocuidado;

de lo contrario, al no ejercer la autocrítica para tomar acciones, se perdería el control; pero cuando la autocrítica es severa y se convierte en un elemento rector de la conducta, pueden presentarse trastornos de alimentación debido a la insatisfacción con la imagen corporal.

Desde la aproximación de la psicología clínica,²⁵ se puede observar que, entre más subestructuras del autoconcepto se comprometan, mayores serán las manifestaciones reactivas; si son prolongadas, pueden afectar a la autoestima: puede instalarse una verdadera psicopatología al estar comprometidas estructuras y subestructuras. Clínicamente, un funcionamiento normal y sano radica en la fluctuación de las subescalas del autoconcepto, por cortos periodos de tiempo, donde se recupere y vuelva a su valor original, con el fin de ajustarse a la demanda del mundo exterior.

CONCLUSIONES

La autoestima es una experiencia íntima de lo que se siente con respecto a uno mismo; puede confirmarse al sentirse querido y cuidado por el otro: la familia, la pareja y los amigos. Es el componente evaluativo de la autoaceptación, es un contenido de la personalidad.

Si se vive con una autoestima baja, posiblemente para lograr la adaptación al medio se buscarán mecanismos compensatorios para sentir una mayor valoración; sin embargo, con la esterilidad, al no ejercer el maternaje no existen mecanismos compensatorios.

El autoconcepto se fortalece con los logros, pues en esta subestructura se ancla la aceptación social. El diagnóstico de una enfermedad o padecimiento crónico puede vulnerarlo; la crítica social es capaz de modificarlo y los fracasos lo debilitan.

Generar en las personas una sobrevaloración mediante el cambio de discurso sobre sí mismas y pretender modificar su conducta no es la vía para mantener la salud psicológica, pues no tener un valor ajustado a la realidad desencadena una psicopatología, trastorno de personalidad narcisista.

La psicoterapia es la única vía para reparar la autoestima; cuando no se ha tenido una crianza consistente, el autoconcepto puede rehabilitarse mediante la adquisición de logros significativos para las personas.

REFERENCIAS

1. National Cancer Institute. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastorno de adaptación disponible en: www.cancer.gov/español.pdq/cuidados-medicos-apoyos/adaptacion/hear-profesional visto 07 2009.
2. Carreño-Meléndez J, Blum-Grynberg B, Sánchez-Bravo C, Henales-Almaraz C. Salud psicológica en la mujer estéril. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22: 290-302.
3. Carreño-Meléndez J. Rol de género asertividad y autoestima en mujeres estériles con distintos niveles de depresión y ansiedad. Tesis de maestría de psicología experimental. Facultad de Psicología UNAM. México 2002.
4. González-Campillo G, Carreño-Meléndez J, Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F. Estudio comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente. *Psicol Salud* 2009; 19: 295-302.
5. Pichot P. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Ed. MASSON. Barcelona; 2005; 910.
6. Carreño-Meléndez J. Propuesta de un modelo pronóstico de malestar psicológico en mujeres estériles. Tesis de Doctorado en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. No publicada 2009.
7. Dean A. Measuring psychological resources. In: Lin N, Dean A, Ensel W.M. (Eds). *Social support. Life events and depression*. Londres: Academic Press; 1986.
8. Hunt J, Monach JH. Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Hum Reprod* 1977; 12: 188-94.
9. Brodbar J. Marital relations and self-esteem: how Jewish families are different. *J Marriage Fam*. 1986; 48: 40-107.
10. Herrero J, Musitu G, Gracia E. Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Rev Psicol Soc* 1995; 2: 191-204.
11. Díaz LIG, Alonso GR, Bayerre VH. Prevalencia de insatisfacción personal en mujeres de edad mediana del policlínico "Cristóbal Labra". Ciudad de la Habana, 1997. *Rev Cubana de Salud Pública* 2000; 24: 101-09.
12. Lin N, Dean A, Ensel W.M. (Eds). *Social support, life events and depression*. Londres. Academic Press; 1986.
13. Rosenberg M. *Society and adolescent Self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1986.
14. Vite PS. El ingreso económico familiar y su relación con la autoestima de la mujer casada. *Rev Mex Psicol* 1987; 2: 166-174.
15. Aguilar GM, Berganza CE. Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Rev Latinoam Psicol* 1996; 28: 65-72.
16. Coopersmith S. A method for determining types of self-esteem. *J Abnorm Soc Psychol* 1993; 59: 87-94.
17. Kling K, Shibley HJ. Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1999; 125: 126-135.
18. Lara CA, Verduzco MA, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Rev Latinoam Psicol* 1993; 25: 247-255.
19. Feingold A. Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1994; 116: 87-94.
20. Cardenal HV. El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal. *Aljibe*; España; 1999; 172.

21. Tubert S. Sigmud Freud. Fundamentos del Psicoanálisis. Ed. Edaf, España; 2000; 244.
22. Fitts WH. Tennessee self concept scale manual. Los Angeles CA; Western Psychological Services; 1965.
23. Tappan ME. Epistemología y psicoanálisis, una mirada al psicoanálisis y a la construcción del conocimiento. Ed. Universidad Potosina, México; 2004; 278.
24. Chartier R. La historia o la lectura del tiempo. Ed Gedisa. España; 2007; 93.
25. Garaigordobil M, Pérez I, Mozaz M. Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. Psicothema 2008; 20: 114-23.

Correspondencia:

Dra. Claudia Sánchez Bravo

Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com