

Autoestima y salud mental en los adolescentes

María Elena Montt S.*
Fresia Ulloa Chávez**

Summary

We assessed a group of adolescents who consulted at the Mental Health Center of the Roberto del Rio Hospital in Santiago, Chile, and the relation between their mental health and their social, family, school and personal selfesteem. We used a mental health questionnaire, a selfesteem inventory and a assessment instrument for evaluating the socioeconomic structure of their family. With the help of the *chi* square test we found that a decrease in selfesteem was related to the presence of psychological difficulties and viceversa. We specifically found that personal and social selfesteem were significantly related with the mental health of the adolescents. We discussed our findings in relation to the specific task of this developmental stage.

Resumen

Se estudió la relación entre la autoestima social, familiar, escolar y personal con la salud mental de adolescentes consultantes al servicio de salud mental del Hospital Roberto del Rio de Santiago, Chile. Se utilizó un cuestionario de salud mental, un inventario de autoestima, y una encuesta de estructura de la familia y nivel socioeconómico.

A través de la prueba de *chi* 2 se encontró que una baja autoestima se relacionaba con la presencia de trastornos psicológicos y viceversa, particularmente la autoestima social y personal tenían una relación significativa con la salud mental de los jóvenes.

Se discuten los hallazgos en relación con las tareas de esta etapa del desarrollo.

Introducción

Los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general (23). Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez y ansiedad social (25). Así mismo se ha demostrado, en pacientes que presentan cuadros afectivos, una alteración en la capacidad de evaluar sus fortalezas y debilidades, tendiendo a distorsionar la imagen de sí mismos.

* Psicóloga. Hospital Clínico Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Campus Norte. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Avenida la Paz 1003, Santiago, Chile.

** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental. Servicio de Salud Metropolitano Norte, Santiago, Chile.

La autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida tales como: la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad y aceptación de otros (36), rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, embarazo en adolescentes y resiliencia (7,24).

Por autoestima entendemos la autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo; se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo (9). Es el grado relativo de valoración o aceptación con que las personas perciben su autoimagen (16). Estas percepciones incluyen la imagen de sí mismo en comparación con otros (percepción de sí), la imagen que percibe que los otros tienen de él (percepción del otro), y la imagen de cómo quisiera ser (sí mismo ideal) (29). A mayor discrepancia entre el autoconcepto ideal y la percepción que tiene de sí o de la respuesta a las expectativas del otro, hay mayor alteración en la autoestima.

Para Zegers (38) correspondería a la percepción de los atributos y juicios de valor del Yo. Para Satir (33) es el concepto de valor individual que cada quien tiene de sí mismo.

La imagen personal es un sistema organizado, que involucra desde la primera imagen que forma el niño de sí mismo, hasta el concepto alcanzado en la madurez, la que le sirve de contexto para integrar las nuevas informaciones (22). Al mismo tiempo, es relativamente estable, lo que se explica por una tendencia a la consistencia y a no aceptar mayores discrepancias. En la medida en que la realidad del sujeto es la realidad que él percibe, organiza esta percepción en función de su Yo, dando relevancia a aquellas situaciones o estímulos que concuerdan o confirman la imagen que el sujeto tiene de sí mismo, en tanto que las que no concuerdan tienden a interpretarse de manera que sean coherentes con la autoimagen (2). Así toda nueva experiencia tiende a ser interpretada a la luz de este núcleo conceptual, como si toda nueva información fuera vista con un lente que filtra la realidad (28). La estabilidad de la autoestima en adultos, medida a través de *test-retest* varía entre .70 a .90 (18).

A partir de la imagen de sí y su autovaloración (autoestima) todo se explica, se justifica y se racionaliza. Es la parte del sí mismo que sustenta nuestra

forma de explicar la realidad (27). Los individuos con estima baja tienen reacciones negativas más intensas frente al fracaso. Esto los lleva a pensar en forma negativa de otros aspectos del sí mismo, produciéndose una generalización.

Frente al *feedback* negativo, los de baja autoestima experimentan afectos negativos, exhiben una menor motivación en tareas posteriores y tienden a atribuir el fracaso más a la capacidad que al esfuerzo (21).

El desarrollo de una autoestima positiva propicia el desarrollo de una personalidad sana, en la que el individuo se siente satisfecho consigo mismo y con sus relaciones interpersonales.

La autoestima se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento, a través de la interacción del sujeto con otros sujetos y del sujeto consigo mismo, tendiendo a lograr mayores niveles de estabilidad durante la etapa escolar y la adolescencia (26).

En la medida en que el niño no está en condiciones de evaluarse a sí mismo, depende en mayor medida de lo que le comunican los otros sobre sí para organizar su imagen personal (22).

Durante los primeros años de vida la calidad de las relaciones que el niño establece con las personas que lo cuidan define la confianza básica que éste tendrá consigo mismo y con otros (14). De este modo, los padres exigentes, demandantes, punitivos, con lejanía afectiva, promueven el desarrollo de sentimientos de inseguridad básicos, en tanto que el contacto con padres nutricios, proveedores de experiencias gratificantes facilitan el desarrollo, de sentimientos de seguridad. Así mismo, todas las experiencias tempranas relacionadas con el cuerpo, constituyen una de las primeras "imágenes" del *self*. Las experiencias de falta de soltura, debilidad física o incomodidad; de bienestar físico confort, agilidad o autosatisfacción con el propio cuerpo van a propiciar el desarrollo temprano de una menor o mayor autoconfianza (5).

En el desarrollo de la autoestima además de la interacción del niño con las figuras significativas, las variables temperamentales desempeñan un rol importante. Los niños que desde el nacimiento tienen un temperamento difícil (13), se muestran insaciables e irritables, con dificultades para responder positivamente a otros, tienden a generar en los padres sentimientos de frustración, enojo y desesperanza, propiciándose una interacción que dificulta el desarrollo de un buen autoconcepto.

La emergencia de nuevas funciones, tales como el desarrollo de la marcha, del lenguaje y la capacidad de representación mental, va a facilitar el proceso de individuación y de una mayor conciencia de sí mismo. En este período en que el niño desarrolla un "pre-concepto" de sí, comienzan a aparecer otras figuras significativas además de la madre, las que contribuirán también a la configuración de la imagen personal (38). La aceptación socioafectiva de las características del niño, una autoridad consistente y cálida, con exigencias acordes a las capacidades del niño, propiciarán una buena autoestima (17).

Robbins y Dupont (31) plantean que las necesidades insatisfechas de autoestima durante las primeras etapas del desarrollo conllevan a distorsiones en la

percepción de la conducta interpersonal en la adultez. Los sujetos con un Yo frágil buscan aprobación y seguridad a través de la dependencia de otros.

La etapa escolar es un período crítico en la formación del autoconcepto. El desarrollo del pensamiento lógico-concreto permite que el niño evalúe sus habilidades y las compare con las de otros y con las expectativas de los padres. En esta etapa se internalizan las exigencias de las figuras significativas, lo que opera como un autoconcepto ideal, con el cual el niño estará permanentemente contrastándose. En la medida que el niño se ajuste a este ideal su autoestima se favorece. El concepto de sí que tiene el escolar, es el concepto que piensa que tienen los otros de él (38). El niño carece de la capacidad para valorarse a sí mismo de un modo exacto, se ve a través de los ojos de aquellos con los que se identifica, (19,38). La percepción que el niño tiene de lo que piensan de él puede ser falsa o verdadera, pero si ésta es negativa desarrolla un autoconcepto desfavorable, el cual tiende a perdurar (2). Durante esta etapa una baja autoestima se puede expresar a través de una actitud quejumbrosa y crítica, búsqueda de atención, necesidad imperiosa de ganar, actitud inhibida y poco sociable, excesivo temor a equivocarse, actitud insegura, ánimo triste, actitud perfeccionista, desafiante, derrotista o necesidad compulsiva de aprobación (17).

Las motivaciones sociales y la necesidad de pertenencia al grupo, propias de esta edad, hacen que el escolar sea muy sensible a la opinión que tienen los pares respecto de él. De este modo el grupo de coetáneos pasa a tener un papel importante en el desarrollo de la autoestima. Así, la presencia de habilidades sociales, motoras, cognoscitivas, etc., que tienen alta valoración dentro del grupo de pares, contribuyen a desarrollar una autoestima alta. Covington y Beery (10) observaron que los escolares con baja autoestima se planteaban metas no realistas y adoptaban estrategias, como la evitación de la participación y el no esforzarse en las tareas difíciles, cuando anticipaban el fracaso. Campbell (8) muestra que los sujetos con baja estima son menos exactos en la percepción que los pares tienen de ellos en comparación con los que tienen alta estima. Esta percepción de las actitudes del otro gradualmente son incorporadas al autoconcepto (12).

Los escolares con una buena imagen personal se muestran motivados por aprender, se acercan a las tareas con expectativas de éxito, confiados en que el logro depende de su propio esfuerzo, tienen confianza en sí mismos, en sus percepciones y los problemas personales no les interfieren en el examen de cuestiones externas a ellos (4,30).

Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina una vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc. Todas estas exigencias asociadas al desarrollo del pensamiento hipotético-deductivo, tienden a generar un Yo ideal muy alto, el que muchos jóvenes sienten que no pueden alcanzar. Este Yo ideal puede constituirse en una fuente potencial de amenazas a la autoestima (17).

Setterlund y Niedenthal (35) plantean que los individuos con baja autoestima tienden a tener una identidad "confusa, plástica e inestable". Esto implica que los adolescentes con baja autoestima tendrían dificultades para definir su identidad social y personal.

En esta etapa la autoestima colectiva (11), es decir, la evaluación que se tiene del grupo de pertenencia, respecto a otros grupos y la evaluación de la posición o estatus de la persona en ese grupo, contribuyen a definir el autoconcepto.

Los estudios no han mostrado diferencias relacionadas con el género en el autoconcepto general en cualquier nivel de edad (37).

Dado que el grado de satisfacción que el individuo tiene consigo mismo y con los demás tiene un impacto en el desarrollo de la identidad, de las estrategias de enfrentamiento y de la personalidad en general, en esta investigación se pretende conocer la relación que tiene la autoestima con la salud mental de los individuos.

Material y método

La muestra estuvo constituida por adolescentes consultantes al servicio de salud mental infantil del Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile, durante el periodo de un mes.

A todos los individuos incorporados en el estudio se les aplicó un cuestionario de salud mental para jóvenes, que permite discriminar entre sujetos con patología y sin patología psiquiátrica (1). Este cuestionario fue estandarizado y validado en Chile y se aplica en edades comprendidas entre los 12 y 18 años.

Además se aplicó el cuestionario de autoestima de Coopersmith, adaptado y estandarizado en una muestra nacional por Brinkmann y col. (6) Este instrumento evalúa la autoestima personal, familiar, escolar, social y general de los sujetos. La autoestima personal se refiere a la percepción que tiene el sujeto de sí mismo, a su autovaloración personal; la autoestima familiar se refiere a la imagen que el adolescente percibe que tienen sus padres de él y a cómo se siente respecto de ésta; la autoestima escolar es la autoevaluación y valoración que realiza el sujeto respecto a su rendimiento escolar; la autoestima social se refiere a la autoevaluación que hace el individuo respecto a su desempeño social y al grado de aceptación que percibe de parte del grupo; la autoestima general está constituida por el promedio de la autoestima personal, social, familiar y escolar, señalando el autoaprecio y autoevaluación global que hace un sujeto de sí mismo.

El nivel socioeconómico de cada familia se estableció con base en la educación y ocupación de los padres, según categorías precodificadas y puntuadas (20).

Los diagnósticos psiquiátricos se realizaron con base en el DSM III-R (3).

La aplicación de los instrumentos fue realizada por un médico del servicio, después de la evaluación clínica, durante la primera consulta. Algunos sujetos de la muestra (7 pacientes) contestaron sólo uno de los

dos cuestionarios, por lo que los cálculos se realizaron de acuerdo con los datos disponibles.

La muestra estuvo constituida por 48 jóvenes, 76 % mujeres y 24 % varones, con edades comprendidas entre 12 y 16 años, edad promedio de 14.4 años. El 64.4 % se ubicaba dentro del rango de nivel socioeconómico medio-bajo y 35.6 % bajo. La escolaridad de estos sujetos fluctuaba entre 7^o básico y 4^o medio, un 30.9 % de éstos tenía antecedentes de haber repetido el año escolar. En esta muestra el 76.2 % de los padres eran casados y de éstos el 84.4 % constituía una familia nuclear. El 16.7 % vivía con un solo padre y 7.1 % vivía en una familia amplia. El 9.5 % de los padres se había separado. El 4.8 % era hijo de madre soltera. Análisis estadístico: El análisis bioestadístico incluyó el ensayo de χ^2 , con un nivel de significación estadística de $p < 0.01$, la razón de disparidad (OR) y la prueba exacta de Fisher.

Resultados

El 64.6 % de los adolescentes evaluados estaba sobre el punto de corte en el cuestionario de salud mental, lo que indica la presencia de psicopatología y el 35.4 % restante aparecía sin alteraciones.

En cuanto a la autoestima se encontró que 56.3 % de la muestra presentaba puntajes dentro de lo normal y 43.7 % presentaba dificultades en este ámbito. No se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de autoestima personal, social, escolar, familiar y general (cuadro 1).

Se encontró una relación significativa entre autoestima general y salud mental, observándose que una alta autoestima se asociaba a salud mental normal (cuadro 2).

A su vez, se encontró una relación significativa entre el puntaje de autoestima personal (autoaprecio) y de autoestima social con salud mental ($p = 0.028$ y $p = 0.005$ respectivamente), en tanto que la autoestima escolar y familiar no se asociaban con la salud mental (cuadro 3).

El análisis estadístico de la muestra señala que no hay una relación significativa entre sexo y salud mental, tampoco en cuanto a sexo y autoestima (en ninguna de sus dimensiones: social, personal, familiar, escolar y total).

No se encontró una relación significativa entre haber repetido años escolares con el sexo, nivel socioeconómico, salud mental, autoestima general, escolar, personal, social y familiar.

Cuadro 1
Puntaje promedio en las escalas de autoestima en adolescentes consultantes

	Puntaje T
Autoestima personal	48
Autoestima social	45
Autoestima escolar	50
Autoestima familiar	43
Autoestima general	43

Cuadro 2
Factores asociados a la autoestima general

	<i>Autoestima</i>		<i>OR</i>	<i>IC</i>	<i>P</i>
	<i>Normal</i>	<i>Baja</i>			
<i>Sexo</i>					
Femenino	19	17	0.56	0.11 a 2.6	0.61
Masculino	8	4			
<i>Salud Mental</i>					
Adecuada	16	1	30.4	3.27 a 708.5	0.0002*
Inadecuada	10	19			
<i>Repetir años escolares</i>					
No	17	12	0.71	0.16 a 3.09	0.83
Si	7	7			
<i>Nivel socioeconómico</i>					
Medio	15	13	0.81	0.54 a 1.54	0.97
Bajo	10	7			

* Estadísticamente significativo

La autoestima tampoco se relacionó con el nivel socioeconómico de los sujetos (cuadro 2)

Discusión

La asociación entre autoestima y salud mental, tal como se planteó inicialmente, resultó significativa. Si bien esta asociación no había sido investigada, en nuestro país, ésta se ha considerado en forma tácita en todos los programas de prevención primaria en salud mental infanto-juvenil (23).

Llama la atención que en esta muestra de adolescentes no aparece un dimorfismo sexual en relación a salud mental, hecho que ha sido observado en diversos estudios sobre la materia, en la que se señala que las mujeres adolescentes tienden a presentar mayor psicopatología que los varones (15). Sin embargo, si

tomamos en consideración que en este estudio se encuestó a todos los adolescentes que consultaron en el periodo de un mes, vemos que el número de consultas es mayor en mujeres. Esto nos lleva a plantear las siguientes explicaciones: es probable que las mujeres tengan una mayor preocupación por la salud mental que los hombres, siendo más sensibles que los varones en la percepción de signos y síntomas en esta área. Por otra parte, es posible que los hombres, aun percibiendo sintomatología, no soliciten ayuda y recurran a otros medios de resolución de problemas (ejemplo consumo de alcohol, actividad sexual precoz, etc). A su vez, dado que la mayor parte de la derivación de los adolescentes a los servicios de salud es realizada por mujeres (madre, profesora, enfermera, pediatra, etc), es probable que la diferencia de género facilite una mayor empatía, acogida y comprensión de las necesidades psicosociales de las jóvenes, lo que lleva a una detección más precoz en éstas,

Cuadro 3
Salud Mental y factores de la autoestima

	<i>Salud Mental</i>		<i>OR</i>	<i>IC</i>	<i>P</i>
	<i>Adecuada</i>	<i>Inadecuada</i>			
<i>Autoestima personal</i>					
— Adecuada	15	15	7.0	1.15-54.6	0.028*
— Inadecuada	2	14			
<i>Escolar</i>					
— Adecuada	16	31	6.1	0.63-145.9	0.15
— Inadecuada	1	8			
<i>Social</i>					
— Adecuada	15	16	6.09	1.0-47.56	0.005*
— Inadecuada	2	13			
<i>Familiar</i>					
— Adecuada	13	19	1.71	0.37-8.39	0.65
— Inadecuada	4	10			

* Estadísticamente significativo

pudiendo ser más dificultosa la pesquisa entre los varones.

Con base en estos resultados se observa que la autoestima baja es un factor de riesgo importante para la salud mental de los adolescentes, de tal modo que es bastante improbable que un joven con baja autoestima no presente algún tipo de psicopatología. En la investigación realizada sólo un sujeto con autoestima baja aparecía con una salud mental normal.

En esta muestra el 35.4 % de los individuos no presentaba problemas de salud mental, a pesar de asistir a un servicio de psiquiatría. Pensamos que entre las explicaciones posibles estaría el hecho de que la sociedad tiene una baja tolerancia a las conductas propias y normales de los adolescentes, lo que los induce a asistir a una consulta. Esto se daría en mayor medida en el caso de las mujeres, dada la mayor represión social hacia este sexo, lo que aparece sugerido por el hecho de que hay más mujeres que reciben terapia que varones, siendo que no hay diferencias significativas en relación a la salud mental de éstos. También frecuentemente los padres con hijos adolescentes se sienten inseguros respecto al manejo de las conductas de éstos, observan que van perdiendo el control. Las diferencias generacionales pueden dificultar la comprensión de conductas que son normales para la cultura juvenil, por lo que tienden a rotularlos de "enfermos" y a desconocer sus propias dificultades en los roles paternos, lo que también sería fuente de inducción a la consulta.

En forma complementaria, los adolescentes que frecuentemente tienen una comunicación tensa con su familia y autoridades en general, pueden presentar síntomas psíquicos y somáticos para que sus necesidades sean acogidas, las que ellos mismos no logran comunicar directamente, por la exigencia de un mayor nivel de autonomía que se da, en esta etapa del ciclo evolutivo, así como por el aumento de la omnipotencia, el narcisismo y el egocentrismo.

La relación significativa entre salud mental y autoestima social y personal, y no significativa con respecto a la autoestima escolar y familiar, puede ser comprendida a la luz de las tareas de la edad juvenil.

Los adolescentes que tienen dificultades en su autoimagen respecto a su desempeño social, se encuentran en riesgo de presentar patología de salud mental. Esto puede ser explicado por el aumento de las exigencias sociales del grupo de pares hacia el sujeto, lo que los hace sentirse y visualizarse como desadaptados si no han desarrollado las destrezas sociales para pertenecer al grupo.

El autoconcepto del adolescente resulta fundamental para su salud mental, de modo que los jóvenes con una autoestima baja probablemente tendrán algún tipo de psicopatología. En esta etapa los sujetos están muy preocupados acerca de sí mismos, lo que explicaría el impacto que tiene la visión general de sí en la salud mental.

Tal como lo han señalado diversos estudios, durante esta etapa la imagen que tiene el sujeto respecto de sí y la que percibe que tienen los pares de él constituyen una de las fuentes principales en su autodefinición, disminuyendo la importancia relativa que tiene para el joven el rendimiento escolar y la relación con la familia (34). Lo que explicaría que la autoestima escolar y familiar no se asocien con la salud mental de los jóvenes.

En esta muestra, el hecho de haber repetido el año no tiene ningún impacto en la salud mental, ni en la autoestima general y escolar, lo que confirma la idea de que los rendimientos académicos no son de mayor relevancia para los jóvenes en esta etapa del desarrollo.

De acuerdo a los datos anteriores nos parece relevante señalar que los programas de prevención primaria de salud mental para adolescentes debieran focalizar una parte de sus contenidos en el grupo de pares, en el desarrollo de destrezas sociales, en la autoimagen personal y en la autoestima en general.

Con el objeto de potenciar los resultados de los programas de prevención en salud mental para jóvenes, es necesario que éstos se centren en las variables específicas que impactan su salud. Para ello, es importante continuar investigando en el área, así como evaluar la resiliencia de este grupo etario e incorporar su estimulación en dichos programas.

REFERENCIAS

1. ACLE C: Cuestionario para evaluar salud mental en la edad juvenil. Tesis para obtener el título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 1983.
2. AGUILA M, CAREAGA S: Entrenamiento de padres: una alternativa de intervención en la imagen personal de los niños. Tesis para obtener el título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 1985.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R*. Tercera edición revisada. APA, Washington, 1987.
4. ARANCIBIA V: *Autoconcepto Académico*. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1990.
5. ARENAS M: *Autoestima y su Evaluación a través de Técnicas Proyectivas Gráficas, para Niños entre 6 y 10 Años*. TUC. Santiago, 1992.
6. BRINKMANN H, SEGURE T, SOLAR M: Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. *Rev Chilena Psicología*, 10:63-71, 1989.
7. BROOKS R: Self-esteem during the school years. Its normal developmental and hazardous decline. *Pediatr Clin North Am*, 39:537-550, 1992.
8. CAMPBELL J, FEHR B: Self-esteem and perceptions of conveyed impressions: is negative affectivity associated with greater realism?. *J Pers and Soc Psychol*, 58:122-133, 1990.
9. COOPERSMITH SA: *The Antecedents of Self Esteem*. Ed. WH Freedman, San Francisco, 1967.
10. COVINGTON V, BEERY G: *Self Worth and School Learning*. Holt, Rinehart & Winston, Nueva York, 1977.
11. CROCKER J, LUHTANEM R: Collective self-esteem and ingroup bias. *J Pers and Soc Psychol*, 1:60-67, 1990.
12. CROCKER J, THOMPSON L y col.: Downward comparison, prejudice and evaluation of others: Effects of self-esteem and threat. *J Pers and Soc Psychol*, 52:907-916, 1987.
13. CHES S, THOMAS A: *Know your children*. Basic Books, Nueva York, 1987.

14. ERIKSON E: *Childhood and Society*. Norton. Nueva York, 1963.
15. FREEDMAN AM, KAPLAN HI, SADOCK BJ: *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
16. GURNEY P: *Self Esteem in Children with Special Educational Needs*. Rotledge, Nueva York, 1988.
17. HAEUSSLER P, MILICIC N: *Confiar en uno Mismo: Programa de Autoestima*. Ed. Dolmen, Santiago, 1995.
18. HARTER S: Competence as a dimension of self evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. En Leaby R: *The Development of the Self*. Academic Press, San Diego, 1985.
19. HURLLOCK E: *Desarrollo Psicológico del Niño*. Mc Graw-Hill. Nueva York, 1967.
20. HIMMEL E: Opiniones acerca del ambiente del hogar a través de una encuesta a padres y apoderados. Convenio Mineduc/U Católica, Documento de trabajo No. 12, Santiago, 1981.
21. KERNIS M, BROCKNER J, FRANKEL B: Self-esteem and reactions to failure: the mediating role of overgeneralization. *J Pers and Soc Psychol*, 57:707-714, 1989.
22. LOPEZ E, SCHNITZLER E: Factores emocionales y rendimiento escolar. Tesis para obtener el título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 1983.
23. MINISTERIO DE SALUD, ESTUDIOS ANCORA: Manual Educativo "Quiero mi vida sin drogas". Minsal. Santiago, 1991.
24. MULTON K, BROWN S, LENT R: Relation of self-esteem belief to academic outcome: A meta-analytic investigation. *J Counseling Psychology*, 38:30-38, 1991.
25. MUSSEM P, CONGER J, KAGAN J: *Aspectos Esenciales del Desarrollo de la Personalidad en el Niño*. Ed. Trillas, México, 1990.
26. PELHAM B, SWANN W: From self-conceptions to self-worth: on the sources and structure of global self-esteem. *J Pers and Soc Psychol*, 57:672-680, 1989.
27. OLLARTE C: Desarrollo de autoestima en profesores de enseñanza media. Tesis para obtener el título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 1990.
28. PARE A: *Creative el Pedagogie Ouvert*. Les Editione NHP Montreal. 1989.
29. QUANDT I, SELZNICK R: *Self Concept and Reading*. International Reading Association. Delaware, 1984.
30. REASONER R: *Building Self-esteem Parent's Guide*. Consulting Psychologist Press Inc, California. 1982.
31. ROBBINS S, DUPONT P. Narcissistic needs of self and perceptions of interpersonal behavior. *J Cons Psychol*, 39:462-467, 1992.
32. RUTTER M: Resilience in the face of adversity. Protective factors and resilience to psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*, 147:598-611, 1985.
33. SATIR V: *Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. Ed Pax México, 1978.
34. SHAFII M, SHAFII S: *Desarrollo Normal y Trastornos Emocionales en la Infancia Niñez y Adolescencia*. Ed. El Ateneo. Argentina, 1985.
35. SETTERLUND M, NIEDENTHAL P. Who am I? Why am I here?. Self-esteem, self clarity and prototype matching. *J Pers and Soc Psychol*, 65:769-780, 1993.
36. SMITH R, SMOLL F: Self-esteem and children's reactions to youth sport coaching behaviors: a field study of self-enhancement processes. *Dev Psychol*, 26:987-993, 1990.
37. WATKINS D, REGMI M, ALFON M: Antecedents of self-esteem of Nepalese and Filipino college students. *J Gen Psychol*, 15:341-347, 1990.
38. ZEGERS B: Proposición de un modelo analítico de la psicología del concepto de sí mismo. Tesis para obtener el título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 1981.