

REVISIÓN DE TERAPIAS PARA LA BAJA AUTOESTIMA: PERFIL CLÍNICO Y MECANISMOS DE ACCIÓN

THERAPIES FOR LOW SELF-ESTEEM REVIEW: CLINICAL PROFILE AND ACTION MECHANISMS

Antonio Duro Martín

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5765-8776>

Doctor en Psicología

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica

Profesor Asociado, Universidad Rey Juan Carlos (2003-2013). España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Duro Martín, A. (2021). Revisión de terapias para la baja autoestima: Perfil clínico y mecanismos de acción. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 143-164. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.476>

Resumen

Se revisan seis terapias diferentes que se vienen utilizando para tratar la baja autoestima. Aunque sus enfoques clínicos son muy diversos, todas ellas, sin embargo, acaban por mejorar la autoestima del paciente. Para intentar responder a esta cuestión, abordamos esta revisión en dos fases sucesivas. Primero, se extraerá y analizará el perfil clínico de cada terapia –e.g., su etiología, supuestos, objetivos terapéuticos o técnicas de tratamiento; y, en segundo lugar, se compararán sus específicos mecanismos de acción (MA) –su núcleo terapéutico– respecto del logro de objetivos personales del paciente –posicionando aquellos sobre un sistema componentes de competencia y eficacia personales. Se concluye que todas las terapias resultarían eficaces porque, aunque cada una de ellas actúe únicamente sobre uno o dos componentes, su efecto se irradiaría luego por el sistema desde ahí hasta la autoestima.

Palabras clave: autoestima, baja autoestima, terapia, revisión, mecanismos de acción.

Abstract

Six different therapies that have been used to treat low self-esteem are reviewed. Although their clinical approaches are very diverse, all of them, nevertheless, end up improving the patient's self-esteem. To try to answer this question, we approach this review in two successive phases. First, the clinical profile of each therapy will be extracted and analyzed – e.g., its etiology, assumptions, therapeutic objectives or treatment techniques; and, secondly, its specific mechanisms of action (AM) –its therapeutic nucleus– will be compared with respect to the achievement of the patient's personal objectives –positioning those on a system of components of personal competence and efficacy. It is concluded that all the therapies would be effective because, although each one of them acts only on one or two components, its effect would then radiate through the system from there to self-esteem.

Keywords: self-esteem, low self-esteem, therapy, review, action mechanisms.



La baja autoestima daña la salud mental de la persona y está presente en todas las edades de la población (Steiger et al., 2015; Taylor y Montgomery, 2007; Wanders et al, 2008). De ahí que se venga desarrollando una amplia investigación en este campo –en la base de datos PsycINFO existen más de trescientas cincuenta referencias cuyo título incluye los términos “baja + autoestima” –y más de ciento cincuenta para “autoestima + terapia”. Este trabajo está motivado por el hecho de que todas las terapias para tratar la baja autoestima consiguen una mejoría del paciente, aun derivándose de enfoques clínicos muy diversos entre sí, lo cual constituye una incógnita –descartando el efecto placebo. La cuestión inicial sería, pues, ¿cómo se produce tal mejoría? Además de ello, teniendo presente que el logro de objetivos personales constituye un aspecto clave de la autoestima (Lindsay y Scott., 2005), determinando incluso el estado del sistema de autorregulación personal (Wells, 2000), llegaríamos a una segunda cuestión, ¿cómo comparar el efecto terapéutico de los tratamientos respecto del logro de objetivos? Intentaremos responder a ambas cuestiones revisando primero cada terapia para extraer sus principios y peculiaridades clínicas, y analizando y comparando después sus mecanismos de acción (MA) respecto al mencionado logro de objetivos.

Por razones de espacio, esta revisión no tendrá un carácter exhaustivo y será sólo representativa de las terapias que habitualmente se vienen aplicando para combatir la baja autoestima. Para esta finalidad, hemos escogido tres terapias clásicas y otras tres de más reciente implantación, cuyo conjunto, entendemos, abarca suficientemente nuestro ámbito de estudio.

Aunque el objetivo de este trabajo no sea presentar un modelo de autoestima, a efectos de facilitar la comprensión de nuestro análisis estimamos oportuno precisar ante todo cuáles son nuestros supuestos de partida en cuanto al concepto y modelo de autoestima. En concreto, se asume lo siguiente: (a) aunque la autoestima no se reduzca al logro de objetivos personales, sí que refleja en qué grado se vienen cumpliendo los mismos (Lindsay y Scott, 2005) –independientemente de que la persona tenga o no conciencia de ello; (b) los objetivos personales emergen y se orientan siempre hacia aquellos dominios valorados por la persona (Hayes-Skelton y Roemer, 2013) –e.g., el aspecto personal o la aceptación social; y (c) el logro de objetivos personales depende en gran medida de la competencia y actuación individuales (Soral y Kofta, 2020).

Valga señalar que la orientación hacia objetivos es algo constitutivo del comportamiento de todos los seres vivos (Locke, 1969), se vincula con la satisfacción de motivaciones básicas (Maslow, 1954) y depende de aquellos valores que informan la acción (Morales et al., 2019). En el tratamiento de algunos trastornos ya se vienen considerando los valores y objetivos personales del paciente –e.g., en la terapia para la ansiedad generalizada en adultos (Hayes-Skelton y Roemer, 2013) o para la ansiedad y depresión en adolescentes (Kumara y Kumar, 2016).

Llevaremos a cabo este estudio en dos fases. Primero analizaremos las diferentes terapias con el objeto de extraer sus aspectos terapéuticos esenciales –e.g.,

qué etiología del trastorno defienden (Bouton et al., 2001; Ioannidis, 2015) o cuáles son sus respectivos MA (Bergmann, 2010; Desrosiers et al., 2013). Sin embargo, se omitirá el análisis de aquellos otros aspectos más protocolarios de los tratamientos –número de sesiones, periodicidad...– así como de los resultados empíricos que les brinden apoyo. En segundo lugar procederemos a comparar los respectivos MA de cada terapia. Nos valdremos del MA porque constituye el núcleo terapéutico de cada enfoque clínico ya que: (a) actúan sobre aquellos aspectos que cada enfoque considera claves en la psicopatogénesis, (b) son consecuentes con sus respectivas definiciones de autoestima, y (c) determinan asimismo el propio objetivo terapéutico y las técnicas que se emplean. Esto es, los MA *vertebran* toda la terapia.

Nuestro objetivo de comparación responde al siguiente planteamiento: dado que la autoestima depende del logro de objetivos, indaguemos pues sus factores condicionantes –consiguientemente, este asunto pasará a ser el objeto primario de la segunda fase. Para este fin y con motivo de poder ofrecer aquí una explicación cuanto menos hipotética a la segunda cuestión planteada, proponemos y utilizaremos un conjunto de componentes individuales de eficacia y competencia. Tales componentes están relacionados con el logro de objetivos personales, se organizan sistemáticamente y su término final es justo ese logro. Con ello será posible encuadrar primero, y comparar después entre sí, el efecto terapéutico de cada MA (véase figura 1) con relación al logro de objetivos.

El sistema de componentes propuesto, debe advertirse, no se presenta como un modelo teórico para explicar la autoestima, sino tan sólo como un mero instrumento, de valor práctico, que nos permita posicionar los diferentes MA y compararlos luego entre sí para responder a la segunda cuestión antes planteada. Su detalle y fundamentación preliminar se expondrá más abajo en su correspondiente epígrafe. Desde una perspectiva metodológica, se trata de un sistema de conceptos preteórico, pero perfectamente compatible con las herramientas de investigación científica (Bunge, 2000). Su estructura interna presenta unidad de discurso en torno al logro de objetivos personales; divide sus componentes en dos clases bien diferenciadas –componentes individuales de eficacia y competencia–, los ordena linealmente en dos vectores de efectos –vectores de eficacia y competencia–, y representa conexiones objetivas –esto es, no arbitrarias– entre ellos (op.cit., pp. 67-68).

Enfoques Clínicos

Efectuaremos una exposición ordenada de varios enfoques vigentes para tratar la baja autoestima, agrupados en dos categorías: terapias clásicas y terapias de última generación. Dentro de la primera categoría, revisaremos las terapias de rasgos, cognitivo-conductuales y conductual-racional-emotiva; y dentro de la segunda, el enfoque *mindfulness*, la técnica EMDR y la terapia metacognitiva. A diferencia de las terapias clásicas, las terapias de nuevo cuño no se focalizan inicialmente sobre *contenidos*, sean contenidos de rasgos, de constructos o contenidos de las representaciones mentales, sino sobre procesos cognitivos tales como refocalizar la atención

o consolidar recuerdos en la memoria. En general, estas últimas terapias persiguen implantar en el paciente una nueva perspectiva acerca de lo que vaya acaeciendo en su mente. Tal dicotomía, en realidad, supone una simplificación, pero recurrimos a ella con intención didáctica. Efectivamente, en toda terapia intervienen contenidos y procesos, sea en un grado u otro.

Por otra parte, la sucesión de diversos enfoques terapéuticos para curar o aliviar un idéntico trastorno no se produce al azar. Se va acompasando a tenor de las revoluciones producidas en la psicología que, a su vez, se siguen de las revoluciones generales que antes hubieran tenido lugar en la ciencia (Leahey, 1992). En concreto, los cambios que se vienen operando en la psicoterapia se explican por la teoría de los sistemas dinámicos (Hayes y Strauss, 1998).

Terapias Clásicas

Terapias de Rasgos y Constructos

Dentro de esta clase de terapias examinaremos conjuntamente las de Hall y Terrier (2003) y la terapia de rol fijo, magníficamente expuesta por Pervin (1975), basada en los constructos de Kelly (1955/1991). Incluimos estas terapias en el mismo grupo porque en ambos casos el tratamiento pivota sobre el objetivo de que el paciente se identifique con una serie o estructura de atributos personales. De hecho, en la terapia de rol fijo se esboza y entrega al paciente un modelo de personalidad, un papel al que tiene que ajustarse.

Debe constatar que, aunque los dos primeros autores presenten su tratamiento como terapia cognitivo-conductual, en realidad lo esencial del mismo se concentra en torno a unos rasgos personales, como comprobaremos más adelante. Inversamente, la terapia de rol fijo no se reduce al contenido de los constructos, sino que a partir de ellos se genera una atmósfera de experimentación que implica, obviamente, el procesamiento de nueva información.

Para estas terapias la etiología de la baja autoestima radica en que el paciente desconoce o no se comporta según ciertos rasgos o constructos personales que valora positivamente – sea ello de forma explícita o implícita. El supuesto terapéutico subyacente es que la autoestima acaece cuando la persona es –y así se reconoce a sí misma– de una particular manera. Por consiguiente, su objetivo terapéutico pasa por ayudar al paciente a que sea justo de esa manera –identificando y comportándose según su perfil de rasgos deseados. Hall y Terrier (2003) postulan que, si el paciente estuviera ya en posesión de tales rasgos, entonces su aplicación y puesta en escena resultaría facilitada. En cambio, en la terapia de rol fijo se opta mejor por poner de manifiesto al paciente sus propios constructos personales implícitos, que ya viene utilizando para valorar a los otros y valorarse a sí mismo aunque sin plena conciencia de ello; y se le ofrece un modelo de personalidad (estructura de constructos) a modo de rol para llegar a ser esa persona. En efecto, se insta al paciente a pensar, sentir y actuar según el rol (Pervin, 1975).

La técnica aplicada para fijar los rasgos “modelo” será listar un conjunto de cualidades positivas que el paciente admita que ya posee (Hall y Terrier, 2003) o hacerle patente sus constructos personales entresacados a partir de un listado de roles sociales significativos en su vida (Kelly, 1955/1991), debiendo abandonar ciertos constructos y admitir otros (Pervin, 1975). A continuación, los rasgos seleccionados se ensayan primero en la terapia y se aplican después a situaciones reales. El grueso de la tarea terapéutica recae, pues, en moldear y modelar ciertas conductas concretas derivadas de esos rasgos o constructos. Su MA opera cuando el paciente se ve y comporta conforme a ese perfil. Pese a la importancia que revisten los objetivos personales del paciente, no se abordan explícitamente en esta terapia.

Terapia Cognitivo-Conductual

Como se desprende de su propio nombre, esta terapia trabaja al mismo tiempo sobre las cogniciones del paciente –validándolas– y sus conductas –entrenando nuevas habilidades. Ambos momentos terapéuticos se integran en aras de mejorar su interacción con el medio ambiente. En esta categoría, vamos a revisar las terapias aplicadas por Whelan et al. (2007), McManus et al. (2009), Jacob et al. (2010), Waite et al. (2012), Parker et al. (2013) y Pack y Condren (2014) –casi todas ellas impartidas en grupo. Como veremos, aun compartiendo estos autores un mismo enfoque terapéutico, difieren luego en los detalles.

Consideran como causa de la baja autoestima, como su etiología, la aceptación por parte del paciente de unas creencias irracionales sobre sí mismo, lo cual le depara un afloramiento de síntomas y le lleva a una inhibición conductual e, inclusive, a la realización de conductas compensatorias que resultan contraproducentes. Según McManus et al. (2009), estas conductas compensatorias son gobernadas por ciertas “reglas de vida” que el paciente ha establecido para comportarse. El supuesto terapéutico es que la autoestima sobrevendrá una vez que el paciente sostenga unas autoCREENCIAS racionales sobre sí mismo, abriéndose a nuevas experiencias a raíz de ello. Su MA opera consolidando estas autoCREENCIAS y propiciando nuevas conductas adaptativas –que vendrán a reforzar el cambio (McManus et al., 2009). Queda sobrentendido que un autoconocimiento válido tenderá a clarificar los objetivos personales del paciente, en tanto que la práctica de nuevas habilidades le infundirá autoconfianza –dinamizándose así la interacción del paciente con su medio.

De ahí que resulte comprensible que su objetivo terapéutico primordial sea justo el cambio de las creencias nucleares que mantengan la baja autoestima, seguido en segundo lugar por un entrenamiento en habilidades. Para lograrlo, recurren a un amplio repertorio de técnicas cognitivas y conductuales –e.g., autorregistro y contrastación de los pensamientos automáticos, realización de experimentos conductuales. En particular, Whelan et al. (2007) tratan de que el paciente invalide primero su creencia “bottom-line” –esta expresión se refiere a la creencia que el paciente tiene sobre sí mismo compuesta por autoevaluaciones globales negativas y por una evaluación insuficiente de su valor como persona, generada a raíz de ex-

perencias negativas normalmente a una edad temprana— concieniciéndole después sobre las cualidades que posee. McManus et al. (2009) pretenden que desarrolle unas reglas de vida adaptativas, guiándose por una teoría racional sobre sí mismo; Jacob et al. (2010) se centran en que quede fortalecida su autoconfianza, autoaceptación y autocuidado; y Waite et al. (2012) busca implantar unas creencias, reglas de conducta y habilidades que favorezcan su adaptación y planificación de futuro. Finalmente, Pack y Condren (2014) llevan al paciente a desafiar tanto sus creencias de baja autoestima como las conductas asociadas, y a practicar nuevas habilidades.

La tarea de la terapia se vuelca en auxiliar al paciente a invalidar sus creencias sesgadas sustituyéndola por unas racionales, refocalizar su atención hacia aspectos positivos suyos, y potenciar el aprendizaje y puesta en práctica de nuevas habilidades. Un papel decisivo en esta terapia lo juega la psicoeducación: Whelan et al. (2007) explican al paciente cómo su *bottom-line* emerge a raíz de experiencias negativas; McManus et al. (2009) y Pack y Condren (2014) le muestran el origen y mantenimiento de la baja autoestima; mientras que Parker et al. (2013), en cambio, incluyen en la educación del paciente aspectos concernientes a la depresión y ansiedad, y un estilo de vida saludable. Tampoco este enfoque clínico aborda los rasgos personales, centrando su labor, según venimos comentando, en desmontar unas cogniciones sesgadas del paciente sobre sí mismo —dimanantes de errores cognitivos (Beck et al., 1979). Con relación a esto último, valga señalar que cada autor emplea su propia terminología para referirse en realidad al mismo concepto de creencia irracional: McMannus et al. (2009) hablan de “suposiciones disfuncionales”, Jacob et al. (2010) de “asunciones básicas disfuncionales”, Waite et al. (2012) de “creencias autocríticas”, y Pack y Condren (2014) de “creencias nucleares negativas”.

Como anticipábamos antes, todas estas terapias incluyen, como componente esencial suyo, el desarrollo y aprendizaje por parte del paciente de nuevas conductas y habilidades. Whelan et al. (2007) le llevan a comportarse de forma que obtenga respuestas sociales positivas que vengán a reforzar su autoestima, e igualmente le entrenan en habilidades asertivas. McManus et al. (2009) le enseñan habilidades cognitivas para reevaluar sus pensamientos y creencias y para cambiar sus reglas de vida. Jacob et al. (2010) facilitan tanto que identifique sus supuestos básicos disfuncionales y los exponga en el grupo de terapia, como que lleve a cabo experimentos conductuales a fin de invalidar tales supuestos, promoviendo también que desarrolle un trato amable consigo mismo. Waite et al. (2012) recurre asimismo a experimentos conductuales con el fin de que establezca unas reglas de comportamiento funcionales. Parker et al. (2013), por su parte, le instruyen en tareas de activación conductual, técnicas de relajación y manejo del estrés; en tanto que Pack y Condren (2014) le enseñan nuevas reglas de vida y cómo establecer un plan de autogestión.

Debe señalarse que estas terapias actúan sobre los objetivos del paciente sólo de forma tangencial. Whelan et al. (2007) se limitan a sugerirle que satisfaga sus propias

necesidades; Jacob et al. (2010), que reconozca la importancia de sus necesidades; mientras que Waite et al. (2012) no va más allá de ayudarle a planificar su futuro.

Terapia Conductual-Racional-Emotiva

Aunque, en realidad, se trata de un elemento más del conjunto de terapias cognitivas, lo analizamos por separado en atención a sus peculiaridades. Revisaremos en este lugar la terapia que aplican Roghanchi et al. (2013) para mejorar la baja autoestima –que combinan con terapia del arte y con el fin de incrementar también la resiliencia.

Para el presente enfoque la etiología de la baja autoestima consiste en que el paciente se eleva a sí mismo– y al mundo en general– un conjunto de exigencias irracionales, de todo punto inalcanzables. Véanse algunos ejemplos de ello: “Tengo que hacer las cosas bien y que las personas que me importan aprueben lo que hago o, si no, ello significará que no soy lo suficientemente bueno”, “Las situaciones que me rodean deben ser de tal manera que me proporcionen lo que desee, cuando lo desee, y nunca deben proporcionarme nada que yo no desee” (Ellis, 1996). Por tanto, el supuesto terapéutico es que, si el paciente sostuviera unas expectativas más razonables sobre uno mismo y el mundo, entonces sentiría autoestima. Su MA funciona al cambiar unos irracionales “deberías” del paciente por una aceptación incondicional de cómo sean las cosas en realidad y cómo sea él mismo junto con ellas. Así se reduciría su frustración y malestar concomitante aun cuando unas expectativas imposibles no hubieran sido cubiertas.

El objetivo terapéutico que se pretende alcanzar no es otro que el paciente sea consciente de tales autoexigencias –y exigencias–, rebaje su nivel, y lleve a cabo conductas adecuadas y satisfactorias. En lo tocante al aparato técnico, estos autores se valen, al igual que en toda terapia cognitivo-conductual, de diferentes técnicas cognitivas y conductuales –e.g., disputa cognitiva, contextualización de los sucesos, análisis de coste-beneficios, auto diálogo, role playing. Destacan, dentro de las tareas de la terapia, la contraargumentación con el paciente a fin de modificar sus pensamientos, y los sentimientos negativos que arrastran con ellos y la psicoeducación. Enseñan al paciente tanto el clásico modelo A-B-C-D-E –donde A = acontecimientos activantes, B = comportamiento, C = consecuencias; D = debatir y E = nuevos efectos–, como las creencias irracionales más salientes según fueron compiladas por Ellis (1996). No se trabaja aquí expresamente sobre los objetivos del paciente, aunque sin embargo, sí que se le ofrece un diseño para el cambio de su vida futura –si bien de carácter muy genérico.

Terapias de Última Generación

Enfoque Mindfulness

Examinaremos en este apartado la terapia de Fennell (2004) –autor destacado en el campo de la autoestima, aunque este trabajo suyo se aplica asimismo a la

depresión.

Según este enfoque la etiología de la baja autoestima –e igualmente de la depresión– consiste en que el paciente cae y se entrega a procesos desmesurados de autodevaluación, exagerando sus fracasos y defectos y minimizando sus éxitos y cualidades. En definitiva: a la baja autoestima le subyacen procesos reiterados de autocrítica y autoculpación exacerbados. Su supuesto terapéutico es que, si alguien consiguiera verse como una persona cumplidamente normal, aun cuando le sobreviniesen pensamientos de ser alguien inadecuado, entonces percibiría autoestima. Como se comprueba por este supuesto, el enfoque que nos ocupa persigue marcar distancias entre la persona y sus propias cogniciones, algo que no resulta extraño en absoluto dada su fundamentación metacognitiva.

Su MA ejerce su función descentrando al paciente de sus pensamientos autocríticos. Al distanciarle así de unos esquemas mentales largo tiempo existentes –téngase presente que la baja autoestima se origina de forma habitual en experiencias tempranas difíciles– se atenúan o neutralizan sus consecuencias emocionales, motivacionales, físicas y conductuales. En el trabajo de Desrosiers et al. (2013) se muestra cómo mindfulness opera conjuntamente a través de mecanismos comunes y distintos dependiendo del contexto clínico en particular –en concreto las asociaciones entre mindfulness y ansiedad están mediadas por la rumiación y preocupación, mientras que las asociaciones entre mindfulness y depresión están mediadas por la rumiación y reevaluación de la experiencia negativa.

Persigue como objetivo terapéutico que el paciente pase de ver sus pensamientos sobre sí mismo como un fiel reflejo de la realidad objetiva a conceptualizarlos como meros acontecimientos mentales de carácter transitivo –que son única y exclusivamente ideas u opiniones aprendidas en experiencias previas que acaecen en la conciencia. No se valida ni ajusta el contenido de las cogniciones en modo alguno, sino que se intenta cambiar la relación que el paciente sostiene con ellas, procurando un cambio de actitud sobre sus experiencias internas –vía distanciamiento entre pensamiento y realidad, entre hipótesis y hechos. Este objetivo general se especifica luego en objetivos particulares tales como flexibilizar las interpretaciones –cualquier cosa, incluido uno mismo, puede ser contemplado desde ángulos diferentes–; percatarse de que la visión negativa habitual es sólo otra posibilidad y no necesariamente la más verdadera; o desarrollar un pensamiento consciente sobre sí mismo en lugar de dejarse llevar por uno de carácter automático.

Como técnica idiosincrásica suya utiliza la meditación insight–autoconciencia no crítica–, que se acompaña con otras técnicas ajenas al enfoque como lo son la discusión verbal y los experimentos conductuales. El trabajo de terapia se concentra justamente en romper la conexión negativa existente entre la persona y sus pensamientos autocríticos –que terminan por llevarle al desánimo y la depresión.

El núcleo de mindfulness no se ocupa de rasgos, contenidos cognitivos o nuevas conductas manifiestas. En todo caso, se podrían categorizar como nueva conducta encubierta la estrategia mental inculcada al paciente con el fin de que ya no luche o

intente deshacerse de sus cogniciones, sino que en lugar de hacer eso, simplemente, se acostumbre a permanecer en ellas, explorándolas, alejándose de tales procesos internos suyos en lugar de identificarse con sus contenidos. Tampoco mindfulness conecta de modo expreso con los *objetivos* del paciente, aunque sí que se le insta a construir una nueva visión de sí mismo, actuando consigo a partir de ahora desde una perspectiva amable y de autoaceptación –lo que al final pudiera resultar en una modificación adecuada o replanteamiento de los susodichos objetivos.

Técnica EMDR

En este apartado haremos revisión de la terapia de Wanders et al. (2008) –aunque comparan la terapia cognitivo-conductual con la técnica EMDR, nos ceñiremos aquí única y exclusivamente a esta segunda. Utilizan el procedimiento general de la técnica EMDR –siglas del inglés “*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*”–, si bien aplicada a las situaciones traumáticas que originaron al paciente su perenne desestimación.

Cifran la etiología de la baja autoestima que sufre el paciente en aquellos acontecimientos traumáticos que hubiera experimentado, mayormente pero no exclusivamente, en una edad temprana; y cuyos recuerdos y profundo impacto personal todavía no han acabado de consolidarse en la memoria, razón por la cual continúan aflorando fácilmente a su conciencia junto con las emociones negativas que conllevan. El supuesto terapéutico latente es que, si se produjese el definitivo almacenamiento del trauma, entonces sobrevendría la autoestima.

Su MA opera en dos fases consecutivas. Primero, interconectando los recuerdos “flotantes” sobre el trauma que angustian al paciente con otros varios recuerdos, indistintamente de signo positivo o negativo, ya consolidados previamente en su memoria –en su fase de desensibilización– Y asignando después un significado personal más racional y benigno a la respuesta que diera el paciente ante el trauma –en su fase de reprocesamiento. Ambos procesos de manera conjunta atenuarán o eliminarán la frecuente reexperiencia de la situación traumática y la hiperactivación concomitante. Con respecto a la actuación específica de esta técnica, Pagani y Carletto (2017) se inclinan por la hipótesis denominada SWS, *Slow Wave Sleep* –sueño de onda lenta– para explicar la reorganización de redes funcionales distantes, así como la reconsolidación de la nueva información asociada. Por su parte, Maxfield (2008) y Bergmann (2010) nos ofrecen detallada información sobre este mecanismo e incluso su revisión histórica.

Por lo cual, sus objetivos terapéuticos no son otros que desensibilizar los recuerdos traumáticos para liberar la carga emocional negativa que acarreen e instalar una autovaloración satisfactoria del paciente sobre sí mismo en la situación desencadenante. Para ello utilizan exclusivamente la técnica EMDR, en compañía de alguna estrategia auxiliar –e.g., el procesamiento de un lugar seguro. La tarea del terapeuta se ciñe primero a recoger y graduar la aversividad de los recuerdos sobre el trauma según los valore el paciente, y más tarde a ir reconduciendo todo

el proceso EMDR, según vayan resultando la desensibilización y reprocesamiento. El paciente durante estas sesiones interviene sólo de forma pasiva, reduciéndose su papel a transmitir al terapeuta lo que vaya aflorando a su conciencia y a reevaluar, cuando así se lo pida este último, cómo van evolucionando en el momento presente la carga aversiva de cada uno de los recuerdos que se van tratando –durante la desensibilización–, y a evaluar la confianza que vaya adquiriendo en la nueva autoconcreencia –durante el reprocesamiento.

En esta técnica no se contempla el contraste de las creencias que el paciente tuviera sobre sí mismo a raíz del trauma experimentado, sino que directamente se reemplazan por otras en la memoria –e.g., sustituyendo la creencia anterior “no valgo nada” por la nueva creencia “yo valgo bastante, pero aquella situación me desbordó ...”. Tampoco son finalidad de esta terapia ni los rasgos de personalidad, ni el aprendizaje de nuevas conductas, ni, por supuesto, los *objetivos* del paciente.

Terapia Metacognitiva

Examinaremos el trabajo de Kolubinsky et al. (2016, 2018 y 2019) . En su artículo del año 2018 revisan las intervenciones cognitivo-conductuales basadas en el modelo de Fennell (2004).

Desde este enfoque la etiología de la baja autoestima reside tanto en: (a) una creencia *bottom-line* del paciente –esquema de baja autoestima– causada tanto por situaciones previas de desafecto, negligencia o rechazo a las que ha estado sometido como en (b) unas reglas de vida que ha desarrollado para sí mismo a partir de entonces y que viene empleando para compensar las consecuencias desfavorables de tal esquema. Tales reglas terminan por fracasar ante ciertas situaciones presentes, reactivándose así la baja autoestima junto con sus emociones negativas y conductas contraproducentes. Mantiene la baja autoestima un conjunto de creencias metacognitivas y estrategias de control activadas cuando no queden cubiertas las necesidades de autoestimación. La manifestación más acusada y el mejor predictor de la baja autoestima lo hallamos en la rumiación autocrítica, cuya recurrencia se sustenta en metacogniciones positivas sobre su valor o utilidad –e.g., “implicarme en la rumiación me ayuda a ser más realista y lógico”; y negativas sobre sus efectos dañinos –e.g., “engancharme en la rumiación me hace sentirme muy cansado y sin ninguna motivación o apetito para hacer otra cosa” y sobre su incontrolabilidad –e.g., “estaré pensando sobre ello (errores) constantemente”. En suma, para esta terapia una rumiación autocrítica crónica es justo el proceso que perpetúa la baja autoestima.

El supuesto terapéutico que puede adscribirse a este enfoque es que, si el paciente consiguiera eliminar la rumiación autocrítica junto con los procesos de evitación y control que trae consigo, entonces experimentaría autoestima; y su MA opera eliminando tales auto punitivas del paciente tras haber cometido un error, haberse producido un fracaso personal o haber recibido un rechazo social –mediante el cuestionamiento de las metacreencias subyacentes. El objetivo terapéutico consiste

en reducir la sintomatología mediante la eliminación del CAS –siglas inglesas de “*cognitive attentional syndrome*” –una forma de pensamiento tóxica y persistente con rumiación, preocupación, monitoreo persistente de amenaza, y estrategias de control tales como la supresión de pensamientos o la distracción.

Trabajan con un rico abanico de técnicas. Para recoger información sobre el caso utilizan una entrevista estructurada sobre antecedentes, creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la rumiación autocrítica, objetivos de este último proceso y de su señal de parada, y el distanciamiento de los pensamientos autocríticos invasivos. Para combatir las creencias metacognitivas recurren a la reatribución y cuestionamiento socrático, En cambio para interrumpir la rumiación autocrítica, ganar flexibilidad ante los pensamientos invasivos y aprender nuevas respuestas a los mismos, desenganchándose de ellos, se sirven de técnicas de manejo y entrenamiento de la atención –ATT, *Attention Training Technique* (Técnica de Entrenamiento para la Atención), y DM, *Detached Mindfulness* (Plena Conciencia Desapegada). La tarea del terapeuta se resuelve con el seguimiento de las pautas de pensamiento que lleva a cabo el paciente y la aplicación, en su caso, de las medidas correctoras oportunas.

En esta terapia las cogniciones que se comprueban son aquellas metacogniciones que mantienen en vigor la rumiación autocrítica. En cuanto a nuevas conductas, entrenan al paciente en las dos estrategias cognitivas antes citadas, ATT y DM, llevándole a reflexionar al mismo tiempo sobre sus pasados errores para aprender de ellos y solucionar los problemas. Ni rasgos personales ni conductas manifiestas son objeto de esta terapia; como tampoco lo son los *objetivos* del paciente, si bien a este respecto sí se trata de infundirle una especie de aceptación incondicional de sí mismo (Ellis y Bernard, 1985), independientemente de cuáles sean su verdadera habilidad personal o la aprobación externa recibida.

Mecanismos de Acción

Según hemos anticipado en la Introducción, compararemos a continuación los MA utilizando un sistema de componentes, todos ellos pertinentes para el logro de objetivos personales (véase la figura 1).

Sistema de componentes

Está compuesto por dos vectores de componentes: un vector de eficacia personal cuyos efectos van en dirección hacia el logro de objetivos, y otro vector de competencia personal cuyos efectos van justo en dirección hacia el vector anterior. El efecto final global lo recibiría la autoestima del paciente. Fuera de ello, el sistema incluye los objetivos personales y dos procesos de retroalimentación, debido a que el logro de objetivos está sometido a autorregulación (Weeb y Sheeran, 2005). Para conseguir una combinación conceptualmente adecuada entre los diversos componentes de competencia y eficacia personales, ambos tipos de componentes se articulan unos con otros atendiendo a su sentido y función. Así el componente

de habilidades y competencias se enlaza con el componente de conductas para objetivos; en tanto que el componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) se enlaza con el componente de cogniciones para objetivos. Según se comprueba el sistema de componentes nos proporciona un “ámbito” conceptual idóneo para efectuar la subsiguiente comparación de los MA (véase figura 1).

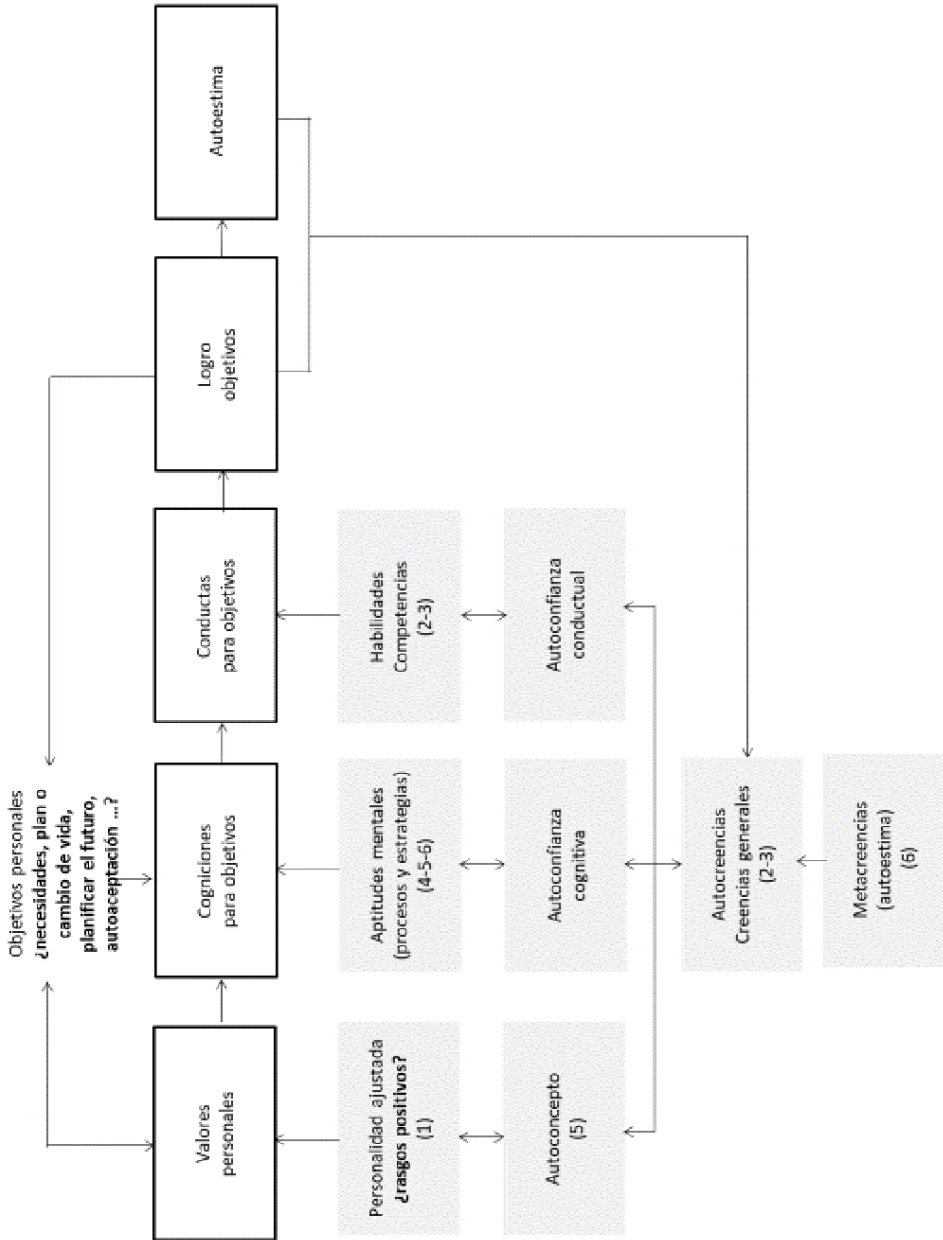
La elaboración del vector de eficacia se ha basado en la teoría de la acción citada por Frese y Zapf (1984) –véase también (Hacker, 1985; Morales et al., 2019). Su secuencia de componentes –valores personales, cogniciones para objetivos, conductas para objetivos y logro de objetivos– da por cierto que desde la acción recíproca entre objetivos personales y valores personales se seguirán en la persona cogniciones y conductas orientadas al logro de tales fines. Su resultado final repercutirá en la autoestima del paciente. Esta estructura de componentes es igualmente congruente con las teorías sobre: la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), la conducta planificada (Ajzen, 1991), la consecución de metas personales (Weeb y Sheeran, 2005), la acción-activación de la toma de decisiones (Walczyk et al., 2014) y la acción intencional (Plaks y Robinson, 2017). La inclusión de este vector en el sistema está motivada porque el resultado de cualquier acción individual no recae exclusivamente sobre las competencias personales. También intervienen factores de interacción persona-medio que deciden siempre sobre la capacidad de lograr el efecto que se desea. De hecho, en fecha reciente Bardach et al. (2020) han corroborado cómo el logro de objetivos depende estrechamente de factores contextuales.

Por su parte, el vector de competencia, compatible a su vez con la teoría de autoeficacia de Bandura (1986), incluye dos tipos de componentes: (a) componentes objetivos: personalidad ajustada, aptitudes mentales (procesos y estrategias mentales), y habilidades y competencias, que en el sistema están situados en conexión directa con el vector de eficacia ya que, entendemos, la competencia individual juega un papel determinante en el logro de objetivos personales; y (b) componentes subjetivos: estos componentes se ordenan en tres niveles. En el primero se incluyen los componentes de autoconcepto, autoconfianza cognitiva y autoconfianza conductual. Recogen la autopercepción del individuo sobre diversos aspectos suyos. Estos componentes subjetivos tendrían efecto sobre los componentes objetivos de competencia, potenciándolos o debilitándolos. Su posición en el sistema, por debajo de los componentes objetivos, está motivada porque existen barreras internas para el logro de objetivos (Hayes-Skelton y Roemer, 2013) y también porque diferentes rasgos y variables subjetivas llegan a moderar la ejecución académica (Poropat, 2009). El segundo y tercer nivel, ya a una mayor profundidad en la mente, albergan respectivamente los componentes de autocreencias (creencias generales) y metacreencias (autoestima).

En términos generales, este sistema es consecuente con el enfoque metacognitivo en psicología clínica, donde las metacreencias influyen las creencias, y estas, a su vez, lo hacen sobre el comportamiento (Wells, 2000). El resultado final

Figura 1

Sistema de Componentes de Competencia y Eficacia Individuales para el Logro de Objetivos Personales y Autoestima



Nota. Vector de eficacia (bloques con recuadro y fondo blanco). Vector de competencia: primera fila: componentes objetivos; segunda fila y los dos bloques inferiores: componentes subjetivos (bloques sin recuadro y con fondo gris). Los números dentro de los bloques señalan el componente donde incide directamente el efecto terapéutico del mecanismo de acción de cada una de las seis terapias revisadas: 1. de rasgos, 2. cognitivo conductual, 3. racional emotiva, 4. *mindfulness*; 5. EMDR, y 6. metacognitiva.

del comportamiento estaría condicionado, obviamente, por la eficacia y competencia personales. De lo anterior se sigue que las creencias podrían actuar sobre competencias preexistentes en la persona, pero no generarlas—cuestión ya del aprendizaje.

De conformidad con la ordenación y lógica subyacente al sistema, se sigue que un MA que opere sobre rasgos o constructos personales estará situado a mayor “distancia” (conceptual) del logro de objetivos personales que otro MA que entrene directamente conductas instrumentales para tal fin. Además, se presupone que la mayor “proximidad” del efecto terapéutico del MA respecto del citado logro de objetivos personales mejorará la conducta orientada a metas del paciente lo que redundará beneficiosamente en su autoestima. Por último, repárese en que la transferencia de efectos entre dos componentes sucesivos o contiguos del sistema—dentro de cada vector individualmente o incluso entre ambos vectores—conlleva siempre, de forma necesaria, ciertas actuaciones por parte de la persona. Esto es, la transferencia de efectos requiere que la persona realice determinadas inferencias lógicas y/o que seleccione e implemente ciertas conductas. Tales actuaciones resultan esenciales para el logro de objetivos porque, si no fueran acertadas, comprometerían la eficacia final en la consecución de objetivos. Sería el caso, por ejemplo, de alguien que contara con un buen plan (aspecto cognitivo) para lograr sus objetivos, pero cuya actuación (aspecto conductual) no haya resultado adecuada en último lugar por falta de habilidades o competencias. Así, y de conformidad con esta última argumentación, correría más riesgo la eficacia de aquellos MA que actúen sobre componentes más distantes en el sistema respecto del logro de objetivos precisamente porque su efecto terapéutico tendría que irse transmitiendo a través de un mayor número de componentes.

Localización y Efectos

Resumiendo la revisión precedente, las terapias de rasgos y constructos actúan primariamente sobre la personalidad; las dos modalidades de terapias cognitivo—conductuales lo hacen sobre creencias y habilidades; mindfulness y EMDR, sobre estrategias mentales y EMDR también sobre el autoconcepto; y, en cambio, la terapia metacognitiva opera sobre metacogniciones y estrategias cognitivas. El MA nuclear de cada enfoque incidiría de forma directa sobre determinados componentes de competencia personal—uno o varios. Luego, desde ahí se propagaría su efecto terapéutico en cascada, primero sobre los componentes inmediatos en el sistema, lo que serían sus efectos terapéuticos colaterales próximos, y después sobre los subsiguientes y restantes componentes, lo que serían ya sus efectos terapéuticos colaterales remotos. Todos estos efectos confluirían primero sobre el componente logro de objetivos y después, desde aquí, sobre la autoestima. Por último, se retroalimentarían efectos desde el logro de objetivos y la autoestima hasta los objetivos personales y autocreencias de la persona—sus efectos colaterales sistémicos.

Terapias de Rasgos y Constructos

Aunque su MA actúa sobre un substrato profundo del paciente cuál lo es su personalidad, el componente de personalidad ajustada se localiza a considerable distancia de la autoestima –según se comprueba en la figura 1. Su efecto sobre el vector de eficacia lo recibiría el componente de valores personales, y de ahí se iría transmitiendo por todo este vector hasta el componente de logro de objetivos. Pero al no abordarse expresamente en estas terapias tal asunto, la citada transmisión del efecto terapéutico por el vector de eficacia se nos antoja un tanto difícil a más de azarosa. Por ello, la eficacia terapéutica de su MA dependerá últimamente de cómo aquellas conductas ensayadas en la terapia, derivadas de determinados rasgos o constructos, repercutan sobre el logro de objetivos. Por otro lado, es verosímil que la identificación y actuación del paciente (terapia de rol fijo) según ciertos rasgos o constructos apreciados mejoraría su autoconcepto, irradiándose después diferentes efectos terapéuticos desde aquí hasta otros componentes del sistema.

En nuestra opinión, ambos enfoques terapéuticos tendrían que solventar dos cuestiones de peso: (a) cómo unos rasgos positivos o constructos devendrían por sí solos, así sin más, en una personalidad ajustada capaz de clarificarse unos objetivos personales, proponérselos y lograrlos –de ahí que en la figura 1 los “rasgos positivos” en el componente de personalidad ajustada se pongan entre signos de interrogación; y (b) cómo se conectarían exactamente tales rasgos o constructos con aquellos valores personales que dan pie a toda conducta orientada a objetivos. Considérese a este respecto la interrelación existente entre rasgos y logro de objetivos, según revela la teoría de la motivación rasgo-acción (Bernard, 2016).

Examinándolo con rigor, una yuxtaposición de rasgos positivos o constructos, sin estructura alguna, pudiera adolecer de la falta de consistencia necesaria para que el paciente consiga los fines que se haya propuesto. A tenor de esta pequeña digresión, podría sugerirse que una estructura personal consistente, esto es una personalidad ajustada, debería englobar tanto rasgos instrumentales para garantizar el éxito en objetivos como rasgos paliativos o amortiguadores para minimizar los fracasos que pudieran experimentarse. Por ejemplo, entre los factores de personalidad del 16PF de Cattell et al. (1980), los Factores B de inteligencia y N de astucia podrían contar como rasgos instrumentales, mientras que el Factor C de estabilidad emocional vendría a ser un rasgo amortiguador. Efectivamente, se ha comprobado hace poco que la estabilidad emocional resulta significativa para una ejecución innovadora y el desempeño en el trabajo (Lado y Alonso, 2017; Rodrigues y Rebelo, 2018).

Terapia Cognitivo-Conductual

Su MA opera conjuntamente sobre diferentes niveles del vector de competencia: (a) sobre el componente de autocreencias, en un nivel más profundo de la mente, y (b) sobre el componente de habilidades y competencias, a nivel más superficial (véase figura 1). Por otro lado, dado que también en esta terapia se insta al paciente a satisfacer sus necesidades y planificar su futuro, se originaría entonces una

acción terapéutica combinada, como en pinza, desde las autocreencias y desde los propios objetivos personales, lo que vendría a reforzar su efecto terapéutico final. No obstante, satisfacer las necesidades no deja de ser una especie de versión un tanto imprecisa de cumplir los objetivos personales, motivo por el que en la figura 1 las “necesidades” estén entre interrogantes. Aunque, podría concederse que este enfoque, al encontrarse más próximo al logro de objetivos personales, tendría cierta ventaja terapéutica en el tratamiento de la baja autoestima.

Igualmente, se supone que las nuevas autocreencias tendrían también un efecto terapéutico sobre los componentes de autoconcepto y de autoconfianzas cognitiva y conductual. Estos componentes a su vez potenciarían los tres componentes objetivos de competencia sobre los que actúa cada uno de ellos. Además, el entrenamiento en nuevas habilidades enriquecería por sí mismo el componente de habilidades y competencias, y mejoraría también el componente de autoconfianza conductual. Por su parte, aquellos experimentos conductuales resueltos con éxito por parte del paciente elevarían su autoestima dinamizando así una retroalimentación beneficiosa que reforzaría las creencias sobre sí mismo recientemente adquiridas.

Sin cuestionar sus indudables virtudes, este grupo de terapias soslaya dos dificultades dignas de tenerse en cuenta: (a) una autocreencia válida no garantiza de por sí el logro de objetivos; y (b) tampoco lo hace un entrenamiento en habilidades genéricas—el paciente podría llegar a encontrarse a falta justo de aquellas habilidades particulares que precise para resolver cada ocasión de autoestima. Llamamos “ocasión de autoestima” a toda aquella situación que, según se resuelva, con éxito o fracaso, así afectará a la autoestima del paciente. Por ello, entendemos que al adolecer el enfoque clínico que nos ocupa de una falta de conexión directa entre eficacia y competencia ello mermaría de alguna forma sus efectos terapéuticos. En realidad, no se termina de aclarar suficientemente al paciente qué tiene que hacer para lograr sus objetivos personales y mantener así una autoestima elevada en el día a día.

Terapia Conductual-Racional-Emotiva

El comentario acerca de la terapia inmediata anterior vale perfectamente para esta otra terapia, con una salvedad. Aquí, en lugar de ajustar las autocreencias, se pretende atenuar unas autoexigencias, y también exigencias en general, de carácter irracional en el paciente, lo que de alguna forma podría reobrar favorablemente sobre el logro de los objetivos personales, admitiendo que se pueda equiparar “autoexigencias” con “objetivos a cumplir”. Poner coto a unas exigencias descabelladas, en nuestra opinión, rebajaría el listón del paciente para evaluar su propio logro en objetivos personales y facilitaría consiguientemente su autoestimación. A más de ello, el cambio de vida diseñado y promovido expresamente por esta terapia, algo parecido a unos nuevos objetivos personales, también contribuiría a su eficacia terapéutica final.

Enfoque Mindfulness

En este caso, su MA es en realidad la implantación de una nueva estrategia mental. Opera directamente sobre el componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) optimizando el empleo de recursos cognitivos al flexibilizar una re-focalización de la atención y cultivar un distanciamiento respecto de los procesos de valoración y autovaloración del paciente. Ello produciría una difusión del efecto terapéutico hasta el componente de autoconfianza cognitiva, y también otros efectos, más distantes, hasta el componente de autocreencias. El efecto de este MA sobre el vector de eficacia tendría como destino natural, lógicamente, el componente de cogniciones para objetivos. No obstante, este enfoque no considera explícitamente los objetivos personales. De ahí que la transmisión de efectos terapéuticos desde el vector de competencia al vector de eficacia quede prácticamente obstaculizada con la consiguiente merma de capacidad terapéutica. Sin embargo, bien pudiera ser que aquella perspectiva de amplia autoaceptación inculcada al paciente terminara por obrar favorablemente sobre sus objetivos personales irradiando luego desde aquí efectos terapéuticos hasta otros componentes del sistema.

Técnica EMDR

En este enfoque, verdaderamente novedoso, sin lugar a duda un nuevo paradigma, su MA opera en dos fases sucesivas. Su primera fase de desensibilización actúa y tiene también efectos sobre los mismos componentes de competencia vistos en el enfoque previo. Sin embargo, su dinámica particular difiere: aquí al consolidarse ya los recuerdos traumáticos en la MLP, reduciéndose la reexperiencia del trauma por parte del paciente, se liberan recursos cognitivos para emplearlos en cualquier otra finalidad. Al perfeccionarse así el funcionamiento del componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) se espera que también mejore el componente de autoconfianza cognitiva. Además de ello, su fase de reprocesamiento actúa sobre el componente de autoconcepto al brindar al paciente durante la terapia una interpretación más benigna de su reacción ante y durante aquel trauma que desencadenó su baja autoestima. Aun así, este MA no tiene conexión ninguna con el logro de objetivos personales, siendo esta técnica quizás, a nuestro entender, la más alejada de ellos de entre todos los enfoques clínicos aquí revisados.

Terapia Metacognitiva

El MA de esta terapia actúa sobre dos niveles distintos de competencia. Por un lado, sobre el núcleo interno de la arquitectura funcional de la mente del paciente, justo sobre el componente de metacreencias (autoestima). Se le supone también difusión de efectos terapéuticos hasta los componentes de autocreencias y autoconfianza cognitiva y también, aunque con un carácter ya más difuso, hasta los componentes de autoconcepto y de autoconfianza conductua. Por otro lado, este MA opera también directamente sobre el componente de aptitudes mentales (procesos y estrategias) al entrenar la atención y la gestión de los pensamientos

negativos. Estos últimos efectos terapéuticos se difundirían hasta el componente de cogniciones para objetivos, perteneciente ya al vector de eficacia. La conexión de este MA con los componentes de eficacia personal resulta débil. Pese a ello, al llevar al paciente hacia una aceptación incondicional de sí mismo bien pudiera contribuir indirectamente a que llegase a una reestructuración de sus propios objetivos personales, difundiéndose así efectos positivos a otros componentes del sistema.

Conclusiones

De conformidad con la revisión precedente, y en respuesta a la cuestión planteada en la Introducción, puede concluirse que cada uno de los enfoques clínicos examinados tienen un efecto terapéutico. Ello se debería hipotéticamente a que, aunque cada MA opere de modo directo y restrictivo sobre uno o varios componentes de competencia personal, su efecto terapéutico se propagaría posteriormente, en mayor o menor grado, a los restantes componentes de competencia. Todo ello incidiría luego sobre los componentes de eficacia personal que posibilitan el logro de objetivos, lo cual repercutiría finalmente sobre la autoestima del paciente. Además, una retroalimentación desde el mismo logro de objetivos y la autoestima iría ajustando progresivamente en el tiempo tanto los objetivos personales como el mantenimiento de la autoestima. En definitiva, todas las terapias aliviarían la baja autoestima porque, subyacentemente, sus MA habrían incidido, de modo más o menos deliberado, sobre diversos aspectos clave de competencia del paciente con posterior difusión de efectos. Ello potenciaría su eficacia en la consecución de metas individuales, favoreciendo con ello su autoestimación.

En general, el valor curativo de estos enfoques clínicos estribaría en que todos ellos mediante la transmisión de efectos terapéuticos originan una activación general del sistema de componentes de competencia y eficacia personales para el logro de objetivos con efectos sobre la autoestima. Su inconveniente, a nuestro juicio, sería una conexión laxa y quizás algo fortuita entre la competencia personal que impulsan y aquella eficacia necesaria para el cumplimiento de las metas del paciente. Tal desconexión mermaría su potencial terapéutico, ya que para que la autoestima se mantenga elevada la persona debe ir cumpliendo en el día a día sus metas personales. De hecho, el mismo concepto de autoestima justo ha ido evolucionado desde tener que *ser* de cierta forma, pasando por tener que *crear* o *hacer* algo, hasta tener que *lograr* unos objetivos.

Entre las limitaciones del presente estudio figura principalmente su parcialidad, tan sólo se ha revisado una selección de terapias. No se han examinado las diversas fuentes de información intervinientes en la validación del cambio personal perseguido –mientras que los experimentos conductuales se abren a una retroalimentación objetiva de resultados desde el ambiente, el carácter encubierto de las metacogniciones no trasciende la mente del paciente, ni tampoco se ha estudiado cuál fuente prevalecería en caso de discrepancia. Por lo demás, los MA se han examinado aquí de un modo demasiado sintético. Finalmente, el sistema de

componentes no deja de ser al presente una clasificación sistemática de conceptos.

En futuras investigaciones deberían subsanarse tales limitaciones. Por ejemplo, procedería realizar un estudio de carácter más analítico de los MA. Además, sería oportuno abordar dos cuestiones. En primer lugar, debería estudiarse la posibilidad de empezar la terapia para la baja autoestima desde los propios objetivos del paciente e ir luego ajustando progresivamente a partir de ahí todos los componentes de competencia oportunos para potenciar su eficacia individual en la consecución de sus particulares metas personales. Quizás para ello podría recurrirse a aplicaciones adaptadas de la terapia de resolución de problemas o, incluso, de algunas técnicas de inoculación del estrés ante eventuales fracasos. En segundo lugar, habría que desarrollar el sistema de componentes propuesto hacia una fase más teórica a través de la organización y formalización de sus relaciones en un modelo, y su posterior medición (Bunge, 2000, p.74).

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican los trabajos incluidos en la revisión

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior [Teoría de la conducta planificada]. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action [Fundamentos sociales de pensamiento y acción]*. Prentice-Hall.
- Bardach, L., Oczlon, S., Pietschnig, J. y Lüftenegger, M. (2020). Has Achievement Goal Theory Been Right? A Meta-Analysis of the Relation Between Goal Structures and Personal Achievement Goals [¿Ha sido correcta la teoría de las metas de logro? Un metaanálisis de la relación entre las estructuras de las metas y las metas de logro personal]. *Journal of Educational Psychology*, 112(6), 1197-1220. <https://doi.org/10.1037/edu0000419>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression [Terapia cognitiva de la depresión]*. The Guilford.
- Bergmann, U. (2010). EMDR's neurobiological mechanisms of action: A survey of 20 years of searching [Mecanismos de acción neurobiológicos de los EMDR: Una encuesta de 20 años de búsqueda]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 22-42. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.1.22>
- Bernard, L. (2016). The action–trait theory of motivation: A commentary on Roy F. Baumeister's 2014 address to the Society for the Study of Motivation [La teoría acción-rasgo de la motivación: un comentario sobre el discurso de 2014 de Roy F. Baumeister a la Sociedad para el Estudio de la Motivación]. *Motivation and Emotion*, 40, 22–26. <https://doi.org/10.1007/s11031-015-9537-3>
- Bouton, M. E., Mineka, S. y Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory on the etiology of panic disorder [Una teoría de aprendizaje moderno sobre la etiología del trastorno de pánico]. *Psychological Review*, 108(1), 4-32. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.108.1.4>
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica*. Siglo XXI.
- Cattell, R. B., Eber, H. W. Tatsuoka, M. M. (1980). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF) [Manual para el cuestionario de dieciséis factores de personalidad (16 PF)]*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action [Mindfulness y regulación emocional en depresión y ansiedad: mecanismos de acción comunes y distintivos]. *Depression and Anxiety*, 30(7), 654–661. <https://doi.org/10.1002/da.22124>
- Ellis, A. y Bernard, M. E. (1985). *What is rational-emotive therapy (RET)? Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy [¿Qué es la terapia racional-emotiva (TRE)? Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emocional]*. Springer.

- Ellis, A. (1996). *Better, deeper, and more enduring brief therapy* [Terapia breve mejor, más profunda y más duradera]. Brunner/Mazel.
- *Fennell, M. (2004). Depression, low self-esteem, and mindfulness [Depresión, baja autoestima y mindfulness]. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1053–1067. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.002>
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research* [Creencia, actitud, intención y comportamiento: una introducción a la teoría y la investigación]. Addison-Wesley.
- Frese, M. y Zapf, D. (1994). Action as the core of work psychology: A German approach [La acción como núcleo de la psicología del trabajo: un enfoque alemán]. En H. C. Triandis, M. D. Dunnette y L. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (2nd ed., pp. 271-340). Consulting Psychologist.
- Hacker, W. (1985). Activity: A fruitful concept in industrial psychology [Actividad: un concepto fructífero en psicología industrial]. En M. Frese y J. Sabini (Eds.), *Goal directed behavior: The concept of action in psychology* (pp. 262-284). Erlbaum.
- *Hall, P. L. y Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study [Tratamiento cognitivo-conductual para la baja autoestima en pacientes psicóticos: un estudio piloto]. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00013-X)
- Hayes, A. M. y Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression [Teoría de sistemas dinámicos como paradigma para el estudio del cambio en psicoterapia. Una aplicación de la terapia cognitiva para la depresión]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 939-947. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.6.939>
- Hayes-Skelton, S. A. y Roemer, L. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder [Una terapia conductual basada en la aceptación para individuos con trastorno de ansiedad generalizada]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 264-281. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.005>
- Ioannidis, J. P. A. (2015). Research and theories on the etiology of mental diseases: Doomed to failure? [Investigación y teorías sobre la etiología de las enfermedades mentales: ¿condenadas al fracaso?]. *Psychological Inquiry*, 26(3), 239–243. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1021188>
- *Jacob, G. A., Gabriel, S., Roepke, S., Stoffers, J. M., Lieb, K. y Lammers, C-H. (2010). Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: A pilot study [Módulo de terapia grupal para mejorar la autoestima en pacientes con trastorno límite de la personalidad: un estudio piloto]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(3), 373-387. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.3.373>
- *Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs* [La psicología de los constructos personales]. Norton (Trabajo original publicado en 1955).
- *Kolubinski, D. C., Frings, D., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A. y Spada, M. M. (2018). A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem [Una revisión sistemática y metanálisis de intervenciones TCC basadas en el modelo de Fennell sobre la baja autoestima]. *Psychiatry Research*, 267, 296–305. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.025>
- *Kolubinski, D. C., Marino, C., Nikčević, A. V. y Spada, M. M. (2019). A metacognitive model of self-esteem [Un modelo metacognitivo de la autoestima]. *Journal of Affective Disorders*, 256, 42–53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.050>
- *Kolubinski, D. C., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A. y Spada, M. M. (2017). The metacognitions about self-critical rumination questionnaire [Las metacogniciones sobre el cuestionario de rumiaciones de autocrítica]. *Journal of Affective Disorders*, 220, 129–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.002>
- Kumara, H. y Kumar, V. (2016). Impact of cognitive behavior therapy on anxiety and depression in adolescent students [Impacto de la terapia cognitiva conductual sobre la ansiedad y depresión en estudiantes adolescentes]. *Journal of Psychosocial Research*, 11(1), 77-85.
- Lado, M. y Alonso, P. (2017). The Five-Factor model and job performance in low complexity jobs: A quantitative synthesis [El modelo de cinco factores y el desempeño laboral en trabajos de baja complejidad: una síntesis cuantitativa]. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(3), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2017.07.004>
- Leahey, Th. H. (1992). The mythical revolutions of American psychology [Revoluciones míticas de la psicología americana]. *American Psychologist*, 47(2), 308-318.
- Lindsay, J. E. y Scott, W. D. (2005). Dysphoria and self-esteem following an achievement event: Predictive validity of goal orientation and personality style theories of vulnerability [Disforia y autoestima después de un evento de logro: validez predictiva de la orientación a objetivos y las teorías de vulnerabilidad del estilo personal]. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 769–785. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9637-6>

- Locke, E. A. (1969). Purpose without consciousness: A contradiction [Propósito sin conciencia: Una contradicción]. *Psychological Reports*, 25(3), 991–1009. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1969.25.3.991>
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality* [Motivación y personalidad]. Harper & Row.
- Maxfield, L. (2008). Considering mechanisms of action in EMDR [Considerando los mecanismos de acción en EMDR]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 234-238. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.234>
- *McManus, F., Waite, P. y Shafraan, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example [Terapia cognitivo-conductual para la baja autoestima: un ejemplo de caso]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 266–275. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.007>
- Morales, C., Masuda, A. D. y Holtschlag, C. (2019). The Why and How of entrepreneurial action: An integrative model based on individual values and action theory [El porqué y el cómo de la acción emprendedora: un modelo integrativo basado en los valores individuales y la teoría de acción]. *The Spanish Journal of Psychology*, 22(e58), 1–11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.62>
- *Pack, S. y Condren, E. (2014). An evaluation of group cognitive behaviour therapy for low self-esteem in primary care [Una evaluación de un grupo de terapia cognitivo conductual para la baja autoestima en atención primaria]. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7(7), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S1754470X14000051>
- Pagani, M. y Carletto, S. (2017). A hypothetical mechanism of action of EMDR: the role of slow wave sleep [Un hipotético mecanismo de acción de EMDR: el papel del sueño de ondas lentas]. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(5), 301-305.
- *Parker, Th. J., Page, A. C. y Hooke, G. R. (2013). The influence of individual, group, and relative self-esteem on outcome for patients undergoing group cognitive-behavioural therapy treatment [La influencia de la autoestima individual, grupal y relativa en el resultado de los pacientes que se someten a un tratamiento grupal de terapia cognitivo-conductual]. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 450–463. <https://doi.org/10.1111/bjc.12029>
- *Pervin, L. A. (1975). *Personality: Theory, assessment, and research* [Personalidad: Teoría, evaluación e investigación]. John Wiley.
- Plaks, J. E. y Robinson, J. S. (2017). Proximal and distal intent: Toward a new folk theory of intentional action [Intención proximal y distal: hacia una nueva teoría popular de acción intencional]. *Review of General Psychology*, 21(3), 242–254. <https://doi.org/10.1037%2Fgpr0000122>
- Poropat, A. E. (2009). A Meta-Analysis of the five-factor model of personality and academic performance [Un metaanálisis del modelo de cinco factores de personalidad y rendimiento académico]. *Psychological Bulletin*, 135(2), 322-338. <https://doi.org/10.1037/a0014996>
- Rodrigues, N. y Rebelo, T. (2018). Predicting innovative performance through proactive personality: Examining its criterion validity and incremental validity over the five-factor model [Predicción del desempeño innovador a través de la personalidad proactiva: examen de su validez de criterio y validez incremental sobre el modelo de cinco factores]. *International Journal of Selection and Assessment*, 27(1), 1-8. <https://doi.org/10.1111/ijssa.12232>
- *Roghanchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. Ch., Momeni, K. M. y Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience [El efecto de la integración de la terapia racional emotiva conductual y la arteterapia en la autoestima y la resiliencia]. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.006>
- Soral, W. y Kofta, M. (2020). Differential effects of competence and morality on self-esteem at the individual and the collective level [Efectos diferenciales de la competencia y moralidad sobre la autoestima a nivel individual y colectivo]. *Social Psychology*, 51(3), 183–198. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000410>
- Steiger, A. E., Fend, H. A. y Allemand, M. (2015). Testing the Vulnerability and Scar Models of Self-Esteem and Depressive Symptoms from Adolescence to Middle Adulthood and Across Generations [Prueba de los modelos de vulnerabilidad y cicatrices de la autoestima y los síntomas depresivos desde la adolescencia hacia la adultez media y a través de las generaciones]. *Developmental Psychology*, 51(2), 236–247. <https://doi.org/10.5167/uzh-104889>
- Taylor, T. L. y Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review [¿Puede la terapia cognitivo-conductual incrementar la autoestima en adolescentes deprimidos? Una revisión sistemática]. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 823–839. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.01.010>
- *Waite, P., McManus, F. y Shafraan, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting [Terapia cognitivo-conductual para la baja autoestima: un ensayo controlado aleatorio preliminar en un entorno de atención primaria]. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat*, 43(4), 1049-1057. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006>

- Walczyk, J. J., Harris, L. L., Duck, T. K. y Mulay, D. (2014). A social-cognitive framework for understanding serious lies: Activation-decision-construction-action theory [Un marco socio-cognitivo para comprender mentiras serias: teoría de la activación-decisión-construcción-acción]. *New Ideas in Psychology*, 34, 22–36. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2014.03.001>
- *Wanders, F., Serra, M. y de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial [EMDR versus CBT para niños con problemas de autoestima y de comportamiento: Un ensayo clínico aleatorio controlado]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180-189. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Weeb, Th. L. y Sheeran, P (2005). Integrating concepts from goal theories to understand the achievement of personal goals [Integrar conceptos de las teorías de metas para comprender el logro de las metas personales]. *European Journal of Social Psychology*, 35(1), 69-96. <https://doi.org/10.1002/ejsp.233>
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition. Innovative cognitive therapy [Trastornos emocionales y metacognición. Terapia cognitiva innovadora]*. John Willey & Sons.
- *Whelan, A., Haywood, P. y Galloway, S. (2007). Low self-esteem: group cognitive behaviour therapy [La baja autoestima: terapia cognitivo-conductual grupal]. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 125–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2007.00418.x>