

Aportaciones sistémicas sobre autoestima y autoconcepto en Educación para la Salud

MERCEDES RIUS LOZANO

Profesora Titular del Departamento de Teoría de la Educación de la Universidad de Valencia.

MAURICIO CONTRERAS DEL RINCÓN

Licenciado en Ciencias Matemáticas por la Universidad de Valencia

BÁRBARA RIBERA EGEA

Licenciada en Pedagogía por la Universidad de Valencia. Doctoranda.

Abstract. — General Systems Theory provides us an interrelated point of view of the psychic and social health. The systems methodology allows us to describe laudably the reality we're going to study: young students from third cycle of primary to first cycle of secondary. (We talk about younger between 10 and 14 years old.) The graph of interrelations permits us to affirm that every change in psychic and social health through the educational system implies an improvement in the self-development of the positive feedback 'self-concept- self-esteem'. In this paper we analyze systematically the characteristics of this feedback and we suggest some proposals to study the evolution of the educational system, referred to psychic and social health, from the Systems Theory approach.

Resumen. — La Teoría General de Sistemas proporciona una concepción interrelacional de la Salud psíquica y social. La metodología sistémica permite describir plausiblemente la realidad objeto de estudio: jóvenes escolares del tercer ciclo de Primaria y primer ciclo de Secundaria (10–14 años). El grafo de interrelaciones permite afirmar que cualquier cambio en la salud psíquica y social a través del sistema educativo implica una mejora en el auto–desarrollo del bucle de retroalimentación positiva autoconcepto–autoestima. Se analizan sistémicamente las características de este bucle y se proponen algunas sugerencias para estudiar la evolución del sistema educativo en cuanto a salud psíquica y social a la luz de la Teoría General de Sistemas.

Palabras clave. — Teoría del Caos, Análisis Sistémico, Sistema complejo, Perturbación, Puntos de equilibrio, Puntos de bifurcación, Atractores extraños, Grafo, Interrelación, Bucle de retroalimentación positiva, Autoconcepto, Autoestima, Autocontrol, Autonomía.

1. INTRODUCCIÓN

Dentro del equipo de investigación para la Acción Especial “La Teoría del caos y sus aplicaciones a la evolución, autoorganización, predicción y control de sistemas complejos, naturales y sociales”, en el ámbito de la Teoría de la Educación nos encontramos en fase de estudio y diseño del proyecto. Por ello hemos consultado bibliografía de diversos autores sobre aquellos aspectos que inciden de forma directa o indirecta en nuestro objeto de estudio: la influencia del sistema educativo en la salud psíquica y social de los individuos.

Entendemos por persona mentalmente sana aquella que es capaz de satisfacer sus propias necesidades de índole intelectual y emocional, al tiempo que posee la capacidad de percibir la realidad

acompañada de los conflictos y diversas situaciones que se generan, y es capaz de ofrecer respuestas cuyo objetivo sea resolver dichos conflictos y situaciones en su propio beneficio.

Por lo tanto, un objetivo prioritario en Educación para la Salud debe ser conseguir que el sujeto se acepte a sí mismo, adquiriendo progresivamente aquellos recursos personales básicos para la elección de un estilo de vida propio y ejerciendo cada vez más un control sobre su entorno y relaciones sociales.

En este sentido nos parece importante lograr que el sujeto sea capaz de soportar las tensiones provenientes de su medio externo, afrontando los problemas con realismo y desarrollando capacidades básicas para la resolución de problemas.

Y sobre todo, ser capaz de generar los mecanismos de defensa adecuados que le ayuden a establecer y mantener su propio equilibrio bio-psico-social. Este equilibrio, entre otros aspectos, se encuentra fundamentado en la existencia de unas relaciones personales estables que contribuyan al logro de un autoconcepto y autoestima positivos y permitan lograr un equilibrio a nivel emocional.

Todo ello pensamos que deberá revertir en una perfecta adaptación familiar, escolar y en definitiva social. Por el contrario, toda situación que lleve implícitas relaciones insatisfactorias en cualquiera de los ámbitos ya citados y a cualquier nivel intrapersonal y / o interpersonal podrá desembocar en problemas de conducta (inadaptación, delincuencia, neurosis, etc).

Los objetivos de nuestro proyecto son:

- Conocer el estado de la realidad objeto de estudio en cuanto a conocimientos, hábitos y actitudes en salud psíquica y social.
- Elaborar un programa educativo que modifique los problemas detectados tanto en el ámbito de los conocimientos, como en el de los hábitos y las actitudes.
- Analizar el estado del sistema tras la experimentación de este programa educativo. Investigar si una perturbación en el sistema (la experimentación del programa) influye en la adaptación posterior del sistema.
- A partir de los datos obtenidos, construir un modelo basado en la Teoría de Sistemas que permita analizar su evolución, buscando puntos de equilibrio, clasificándolos, investigando la existencia de puntos de bifurcación y / o posibles rutas hacia el caos, atractores extraños, etc.

En las siguientes páginas queremos aportar algunas ideas procedentes del pensamiento sistémico que permitan analizar las interrelaciones entre autoestima y autoconcepto y que pueden ser útiles, tanto para el fin propuesto como para el desarrollo del proyecto.

2. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD OBJETO DE ESTUDIO

Pretendemos analizar el comportamiento de los jóvenes escolares de tercer ciclo de Primaria y primer ciclo de Secundaria, en cuanto a la salud psíquica y social. Ello supone un rango de edades entre 10 y 14 años. Teniendo en cuenta que la preadolescencia cubre la etapa 10 – 12 años y la adolescencia se extiende desde los 12 hasta los 20 años, es presumible detectar diferencias muy acusadas entre estos dos grupos. Lo que significa que el tratamiento (cuestionario, obtención de datos, objeto de estudio, etc) puede ser bastante diferente para cada rango de edades.

En el tercer ciclo de la Educación Primaria, nos situamos en la etapa denominada prepubertad. En ésta no existen cambios puberales, en sentido estricto, pero sí se producen algunos cambios a nivel fisiológico y psicológico. Esta etapa, anterior a la pubertad, se sitúa, en las chicas, alrededor de los 9 – 10 años, caracterizándose como el período de cambios somáticos producidos antes de la primera menstruación; y en los chicos, alrededor de los 11, caracterizándose por un crecimiento, primero, en longitud, y posteriormente, en anchura, dando lugar a lo que se denomina “disarmonía púber”, es decir al chico alto y desgarbado.

El equilibrio alcanzado dentro de la segunda infancia, comienza a resquebrajarse a los 11 años, produciéndose ya ciertas connotaciones de la adolescencia, manifiestas por cierta inquietud interior.

Si seguimos las escalas evolutivas de Piaget nos hallamos al final del período de las operaciones concretas, y al principio del período denominado de las operaciones formales. Es pues, una etapa de transición, a todos los niveles, entre la niñez y la adolescencia.

En cuanto al desarrollo moral, y de acuerdo con la “toma de roles sociales” de Selman, se halla en la etapa 4 (toma de roles mutua, 10 – 12 años). El niño comprende que tanto él mismo, como otras personas, pueden verse a sí mismas y a otras personas de forma simultánea como sujetos. Es capaz de enfocar la situación desde una perspectiva de tercera persona, o lo que es lo mismo, situarse en el lugar de “otros”.

De acuerdo a las etapas de juicio moral de Kohlberg, nos situamos también en la etapa 4 (conciencia y sistema social), siendo capaz de reflexionar acerca de distintos puntos de vista y motivos de diferentes sujetos, esforzándose por alcanzar un acuerdo. Es decir, no sólo entiende los argumentos de los demás, sino que busca el consenso. Responde a la máxima de moral universal: “no hagas a los demás lo que no quieras que los demás te hagan a ti”, o bien “haz lo que te gustaría que los demás te hagan a ti”.

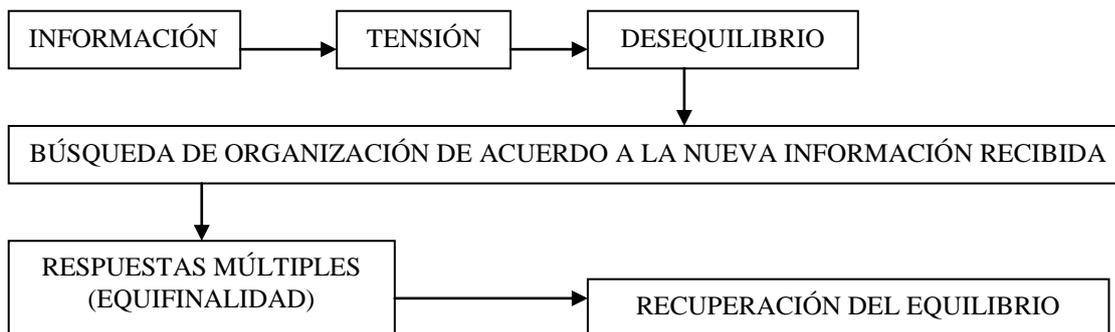
En la preadolescencia encontraremos un rico abanico de interrelaciones entre los jóvenes y:

- la familia, que ejerce la influencia central en cuanto a la comprensión de sí mismo, la autoestima, el autoconcepto y el autocontrol.
- el barrio y lugar de residencia: tanto desde un punto de vista físico o ambiental, como social, el emplazamiento de la vivienda puede tener influencia en la formación del autoconcepto y la autoestima.

- el grupo de compañeros: la amistad define esta interrelación fuerte que incide en la salud psíquica y social del individuo, dependiendo del nivel de aceptación o rechazo del grupo.
- las normas sociales, costumbres y valores, que son fundamentales en el aprendizaje y en la toma de consciencia.

Para este rango de edades es especialmente importante la comprensión de sí mismo. Un posible objeto de estudio podría ser el stress en los niños.

Entendemos el stress como tensión nerviosa resultado de un desequilibrio entre las demandas del entorno y la capacidad del individuo para satisfacerlas. Consideramos el individuo como un sistema adaptativo y evolutivo, dinámico y complejo, abierto a la información que proviene tanto del entorno como del propio sistema. El siguiente esquema muestra el mecanismo de respuesta de este sistema:



Una vez organizado de nuevo el sistema, o lo que es lo mismo, una vez superada la situación de stress, el sistema humano ha sufrido modificaciones y ha aprendido a responder a una nueva tensión.

Ahora bien, la salud, por su parte, presenta varias dimensiones:

- Objetivas o capacidades,
- Subjetivas o psicológicas, y
- Sociales.

Por esto, cada individuo responde a los retos que le plantea el ambiente, o stress, de modos diversos, de acuerdo, por un lado a sus capacidades –no todos poseemos el mismo grado de salud–, desde su propia percepción, y de cómo esta respuesta repercute no sólo en nosotros mismos, sino también en nuestras relaciones con los demás.

Dependiendo del tipo de información, y de cómo ésta sea percibida por el sujeto, ésta crea más o menos tensión, más o menos stress, y por tanto la capacidad de respuesta es diferente.

Ante situaciones conocidas el sistema puede responder de modo aprendido o programado, a medida que la información nos es más desconocida genera más tensión o stress por lo que el sujeto, al no poseer suficientes elementos informativos anteriores a los que aferrarse, con los que enlazar y estructurar la nueva información, se ve desorientado, porque en este caso el stress pasa de ser leve o moderado a grave o intenso, por lo que la respuesta necesaria para neutralizarlo necesita ser “original”, “creativa”, y esto supone un gran esfuerzo para el que quizá todos no estemos preparados para afrontar.

Las tensiones leves o moderadas pueden ser superadas con respuestas de carácter adaptativo o morfostático, entendidas como procesos de intercambio entre el sistema y el ambiente que tienden a preservar o mantener una forma; sin embargo, el stress grave o intenso, requiere respuestas creativas o morfogenéticas, entendidas como proceso que tienden a modificar la situación sistémica.

Se afirma con frecuencia que cierto grado de stress es positivo. Evidentemente, y de acuerdo con lo expuesto anteriormente, un sistema progresivo y evolutivo, como es el ser humano, requiere cierta dosis de tensión para avanzar; es a través de las respuestas que vamos dando para hacer desaparecer dichas tensiones como el sistema evoluciona.

Por tanto, no se trata tanto de prevenir el stress, sino de preparar al sujeto de manera que sea capaz de afrontar los distintos grados de stress, desde los más moderados a los más intensos. Aquí es donde entramos de pleno en el ámbito educativo. Se ha escrito e investigado mucho sobre el stress desde el plano médico, psicológico, biológico, etc., pero no desde el educativo.

En nuestra opinión existen una serie de técnicas educativas que sería interesante conocer y saber aplicar para que el stress, aún siendo intenso, no produzca otros síntomas psicosomáticos, ansiedad, depresión, etc.; entre ellas mencionamos: técnicas de comunicación e interacción, técnicas de fomento y desarrollo de la creatividad, técnicas de resolución de problemas, técnicas de aumento de la autoestima, etc.

Aprender a hacer frente a las tensiones es sumamente importante en el periodo de la adolescencia (12 – 20 años) ya que se caracteriza por una serie de bruscos cambios físicos característicos de la pubertad: crecimiento rápido, producción de hormonas, desarrollo de la sexualidad. Estos cambios son típicos de la fase puberal y producen en los individuos un efecto de maduración, si bien ésta se produce más tarde en los chicos que en las chicas. Hemos de tener presente las diferencias individuales, pues no todos maduran al mismo tiempo, ni en sus cambios puberales, ni en su forma de entender la realidad.

El equilibrio que se había alcanzado en etapas anteriores se rompe con la llegada de la adolescencia, caracterizada por:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.

- Crisis religiosas.
- Desubicación temporal. Urgencias enormes, no se puede tolerar la postergación.
- Evolución sexual manifiesta.
- Actitud social reivindicativa con tendencias antisociales o asociales.
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta dominada por la acción.
- Separación progresiva de los padres.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

La salud en el periodo de la adolescencia se ve afectada por algunos problemas especiales, pero que desgraciadamente, son cada vez más comunes:

- Problemas nutricionales relacionados con las comidas rápidas; dietas peligrosas que conducen a trastornos alimenticios, como la anorexia y la bulimia debidos a la obsesión o preocupación excesiva por la propia imagen corporal, que es muy frecuente en este período. Esta obsesión esconde en realidad un problema de autoestima.

Los trastornos alimenticios se desarrollan, por lo general, durante la adolescencia, y no se reducen únicamente a los casos de anorexia y bulimia nerviosa, aunque quizá sean los más preocupantes. También pueden darse otro tipo de trastornos relacionados con la alimentación.

En nuestra sociedad se crean a veces necesidades que no siempre son tales. Así la información que llega, sobre todo a través de los medios de comunicación, fomenta en muchos casos, dichos trastornos. La publicidad, en general, explota modelos inalcanzables para algunas personas, dietas rapidísimas y aparatos milagrosos, cuando lo único que tendría que preocuparnos, realmente, es si nuestro aspecto, mas gordo o más delgado, afecta a nuestra salud. Lo que parece evidente es que se consigue que afecte, en primer lugar a nuestra salud psíquica, para acabar resintiéndose, en algunos casos gravemente, nuestra salud física.

Si bien es cierto que muchas obesidades se deben a errores en la alimentación y poca actividad física, otras son de carácter genético o endocrino, y como todas las enfermedades no transmisibles o crónicas presentan una etiología multifactorial, dónde además de los factores citados pueden

incidir los predisposicionales, constitucionales, y otros factores de riesgo.

Sin embargo pensamos que una forma de abordar el problema consiste en fomentar el desarrollo de la autoestima, pues, el aceptarse “tal y como se es” es decisivo para la resolución de este tipo de situaciones, aunque no es la única estrategia, como ya apuntábamos anteriormente.

- Problemas relacionados con el consumo de drogas: corresponden a deficiencias en las relaciones con los otros, en definitiva, a problemas de autoconcepto, autoestima y autocontrol.

La edad de inicio del consumo, estadísticamente, se sitúa en la adolescencia, y puesto que la tendencia a consumir determinadas drogas –sobre todo alcohol y tabaco– parece iniciarse a edades cada vez más tempranas, es por lo que situamos la prevención, no sólo en la propia adolescencia, sino en la etapa denominada pre-adolescencia (10–12 años).

Consideramos dicha prevención del consumo de determinadas sustancias, dentro de un proyecto global de Educación para la Salud, donde no sólo la prevención, sino también la promoción de la salud, jugará un papel fundamental. Entendemos que la Educación para la Salud está orientada a la adquisición de patrones de conducta, hábitos y actitudes saludables, disminuyendo los factores de riesgo, a fin de conseguir estilos de vida sanos y una mejor y mayor calidad de vida en todas las dimensiones de la persona –física, psíquica y social–.

En dicha prevención es imprescindible la colaboración de todos los estamentos implicados en el desarrollo, formación y educación de los jóvenes, si bien nos vamos a centrar, sobre todo, en el sistema educativo formal, que debe, por supuesto, complementarse con la labor educativa familiar, y fomentar las relaciones con la comunidad en general, a fin de conseguir cierta congruencia en las acciones a realizar.

El concepto de dependencia va mucho más allá de la drogadicción. Todos –niños, jóvenes y adultos– presentamos según las etapas de

nuestro nivel de desarrollo distintos tipos de dependencia, y no, necesariamente relacionada con el consumo de drogas, legales o no.

En una sociedad consumista, como la nuestra, la necesidad de consumir es creada, incluso antes de la producción del producto. En este sentido será fundamental que desde el sistema escolar eduquemos a los sujetos en la autonomía, la crítica, la resolución de problemas, la mejora de la autoestima y la toma de decisiones.

En este artículo, en concreto, vamos a centrarnos únicamente en el fomento de la autoestima en los adolescentes, pues es uno de los factores que influye especialmente en este tema.

Aprender a hacer un consumo razonado de todo tipo de productos y sustancias desde la infancia contribuirá a conseguir un mejor uso en la edad adolescente.

Hemos de destacar también otros problemas que se dan en este periodo:

- Problemas relacionados con la agresividad y la violencia: corresponden al aprendizaje de valores y normas y están influidos por el autocontrol y la autoestima.
- Suicidio en la adolescencia: es menos frecuente, pero refleja también un problema de autoestima.

Según Jean Piaget, el periodo de la adolescencia se caracteriza en el desarrollo cognitivo por la aparición o refuerzo de algunas capacidades intelectuales básicas, como:

- Imaginar.
- Formular conjeturas.
- Considerar todos los aspectos de una situación.
- Abordar un problema de forma sistemática.
- Ponerse en el lugar de otros.

Este desarrollo cognitivo está asociado al desarrollo moral: son inseparables. Los conflictos físicos y relacionales que se dan en la pubertad provocan y, a su vez, reflejan una búsqueda de la propia identidad. Es decir, los cambios psicosociales característicos de

la etapa influyen en la construcción del autoconcepto y, a la vez, reflejan el desarrollo de dicha construcción. En general, el grado de confusión que puede llegar a provocar el ritmo de los cambios puede conducir a la desorientación y desmotivación, síntomas, en definitiva, de una disminución en la autoestima. Un mecanismo de defensa ante la confusión consiste en “recluirse en el yo”, es decir, recurrir al egocentrismo.

En este periodo encontraremos interrelaciones entre los jóvenes y:

- la familia: la relación es aparentemente más débil; en general, hay una reducción de la influencia del mundo de los adultos, pero la armonía o conflicto entre padres e hijos es fundamental en este periodo. Una relación armoniosa o una situación de equilibrio en esta interrelación es muy importante para la formación del autoconcepto y el desarrollo de la autoestima. Por otro lado, la confusión propia del periodo de la adolescencia necesita un referente: el sentido de autoridad que se da en la familia es imprescindible para el desarrollo de una personalidad sana y equilibrada.
- la escuela: la relación es conflictiva y permanece en equilibrio inestable. En este conflicto debe tenerse en cuenta las expectativas de los jóvenes, sus intereses y motivaciones, las expectativas de los profesores, su metodología, el tipo de interacción en el aula, los agrupamientos establecidos, las normativas y las normas, los valores que fluyen en las interrelaciones, las demandas de la sociedad que se reflejan a través de los padres y medios de comunicación, etc. Ni que decir tiene que este conjunto de interrelaciones tiene un peso indudable en la formación del autoconcepto y la autoestima y, por ende, en la salud psíquica y social de los individuos.
- los compañeros y amigos: son más influyentes en esta etapa que en la preadolescencia y muchas veces pasan a primer plano o a ocupar un lugar de igual importancia que la familia. Las relaciones con los compañeros hacen aflorar valores de apoyo, lealtad e intimidad. Surgen las primeras parejas y relaciones sexuales.

Hay que tener en cuenta que en el ser humano la sexualidad no es un fenómeno exclusivamente biológico. La maduración de los órganos sexuales y la determinación de la función reproductiva van ligadas a la reestructuración del psiquismo.

En la adolescencia existe una maduración orgánica y también una maduración psicológica y social. La sexualidad depende de la constitución del sujeto, pero también de la cultura, educación, experiencias personales, etc.

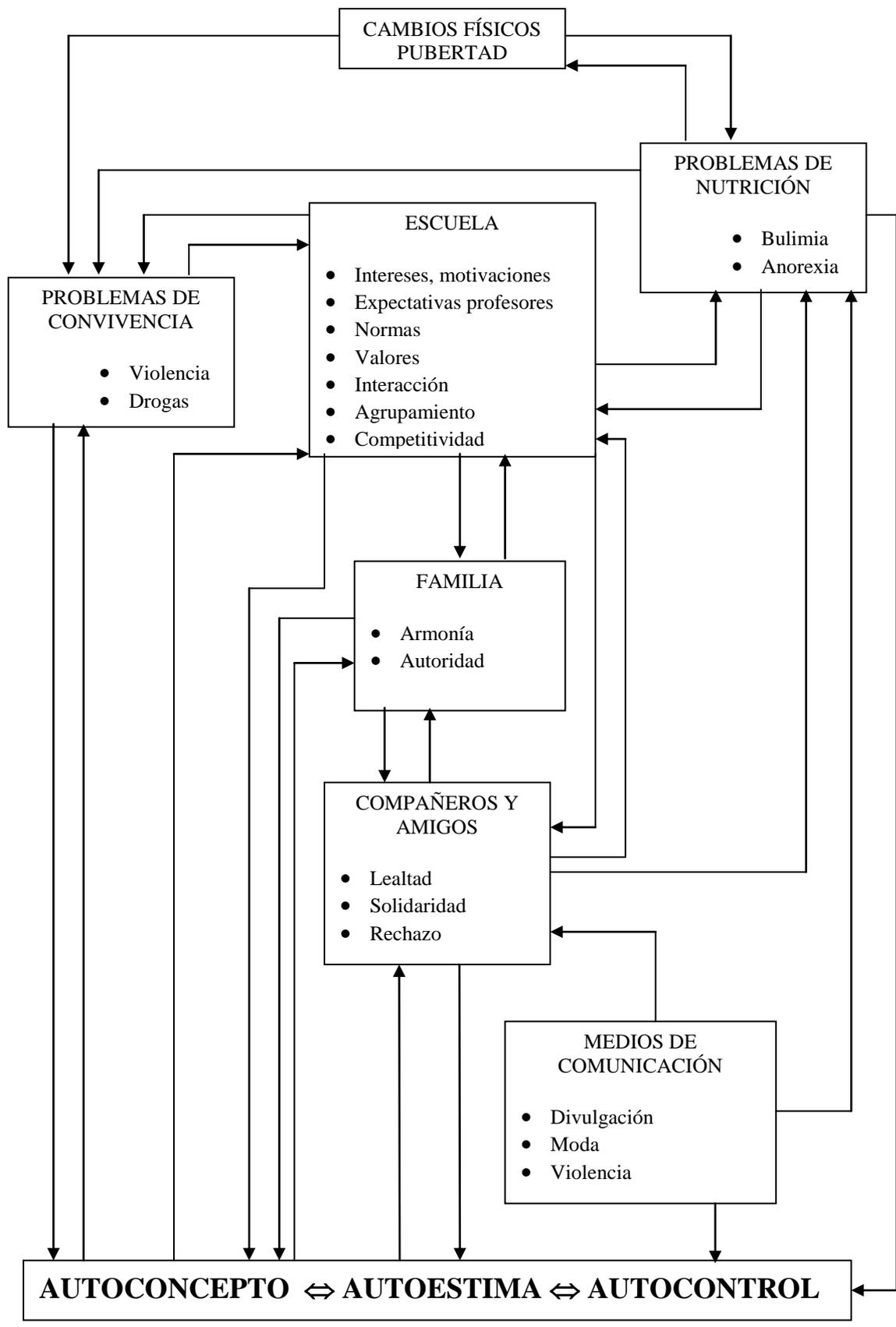
La sexualidad es una cualidad más, entre otras, que posee el ser humano. Por ello, hacer caso omiso de ella o rechazarla será impedir el desarrollo armónico de la personalidad, provocando, en ciertos casos, consecuencias negativas que afectarán a su salud mental.

Los objetivos fundamentales consistirán en proporcionar los conocimientos adecuados sobre la sexualidad, las repercusiones que ésta tiene en su desarrollo físico, mental y social, así como generar actitudes positivas de respeto en lo que se refiere a su propia sexualidad y la de los demás.

Las interrelaciones siguen siendo conflictivas: el grupo de amigos se convierte en un sistema que ejerce su presión sobre cada uno de sus componentes y que puede provocar el rechazo a los individuos ajenos al grupo. “Las normas del grupo” (evidentemente no escritas) a veces fuerza al individuo a actuar como no lo haría si no estuviera en el grupo.

- los medios de comunicación: especialmente la televisión y, en menor medida, las revistas constituyen un sistema que continuamente influencia (y manipula) a los jóvenes, dictando modos de conducta, valores, actitudes, a veces positivos, pero casi siempre negativos, recreando situaciones de violencia, afición a las marcas publicitarias, falsa competitividad, modas “dirigidas especialmente para jóvenes”. La relación es conflictiva también, pues de una parte la influencia de los medios de comunicación es formativa e informativa, pero por otro lado utiliza el estado de búsqueda de identidad de los jóvenes para crear una falsa imagen de la juventud y comercializar productos. En ocasiones, no consumir una determinada marca puede provocar serios problemas de autoestima, por el rechazo de los otros jóvenes.

Con independencia de una necesaria mayor profundización podríamos construir un primer grafo de interrelaciones que describe en primera instancia la realidad objeto de nuestro estudio:



3. AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA, AUTOCONTROL

Según Pope, McHale y Craighead, 1998, la mayoría de los profesionales consideran la autoestima positiva como el factor central en la adecuada adaptación socioemocional. Se la considera además especialmente valiosa para los niños ya que fundamenta su percepción de las experiencias de la vida. La competencia socioemocional que se deriva de esta autovaloración positiva puede ayudar al niño a evitar problemas graves.

Siguiendo a los mismos autores, la baja autoestima como una de las características está presente en varios trastornos infantiles como por ejemplo, el trastorno por déficit de atención y el trastorno por evitación. Además de ser un componente de la salud mental, la autoestima parece estar asociada al éxito académico.

Se considera que tener autoestima es tener una visión saludable de sí mismo, alguien que acepta de modo realista sus defectos pero sin tomar una postura excesivamente crítica. Una persona con una autoestima positiva se evalúa de forma positiva y está satisfecho de sus aptitudes. Sentirse satisfecho de sí mismo no quiere decir que no desee ser diferente en algunos aspectos; al contrario, una persona con confianza en sí misma intenta mejorar sus áreas insatisfactorias, incluso cuando se siente benévolo consigo mismo al no conseguir determinado objetivo.

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, deducimos que cualquier acción que pretenda mejorar el nivel de salud psíquica y social de los individuos, por medio de una perturbación en el sistema educativo, debe tener como objetivo optimizar el desarrollo del autoconcepto, la autoestima y el autocontrol de los individuos, dado que todas las interrelaciones citadas confluyen, directa o indirectamente en estos tres elementos.

Pero, ¿cómo se relacionan entre sí el autoconcepto, la autoestima y el autocontrol?. ¿Puede el pensamiento sistémico aportar alguna idea al respecto?.

Entendemos la autoestima como la evaluación de la información contenida en el autoconcepto y refleja el nivel de satisfacción consigo mismo, es decir, de autoaceptación. El autoconcepto es el conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse a sí mismo. En este sentido la relación entre ambos es clara: se compara el autoconcepto con el

autoconcepto ideal y en la medida en que ambos se equiparen la autoestima será positiva. Por el contrario, una gran discrepancia desembocará en una autoestima negativa.

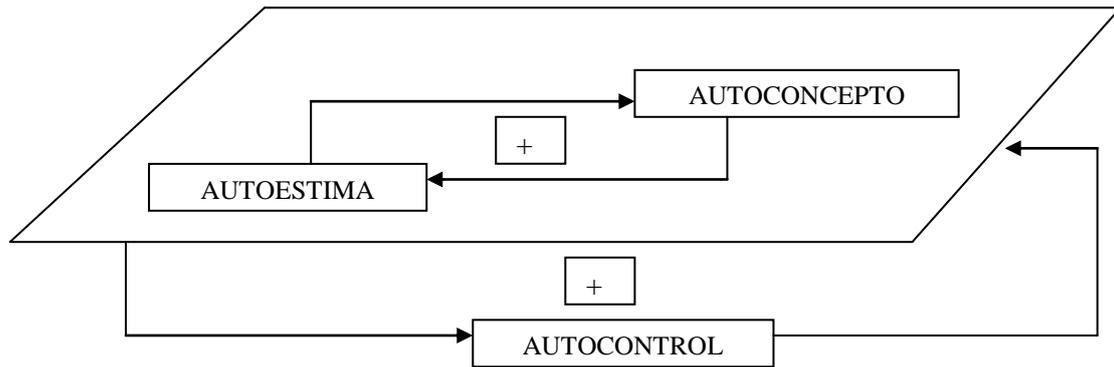
Partiendo de la premisa de que cada persona valora diferentes aspectos de sí misma –y unos más que otros–, nosotros, al referir nuestro estudio a niños y adolescentes, vamos a tener en cuenta cinco áreas, siguiendo la propuesta de Pope, McHale y Craighead, 1998, que suelen tener una especial importancia en dichas edades: social, académica, familiar, imagen corporal y autoestima global. Así, una autoestima global positiva incide positivamente en el autoconcepto: Si un sujeto se autoestima en conjunto pero se infravalora en una determinada área que no es tan importante para él como otras, seguramente racionalizará las distorsiones cognitivas, es decir, encontrará argumentos que contrarresten sus sentimientos de frustración, manteniendo su autoestima estable. A la inversa, si dicha área es muy valorada por el individuo, puede afectar a su autoestima.

Por último, el autocontrol influye en la autoestima y el autoconcepto porque al sentirse capaz de controlar sus propias actividades y expresiones emocionales se siente más competente. Además de que al comportarse de forma apropiada y socialmente aceptable, probablemente recibirá mayor aprobación y estimación positiva de los demás, sin olvidar que niños o jóvenes con una autoestima elevada tienen sentimientos más fuertes de eficacia personal o control.

Podemos recurrir a la terminología propia de la Teoría de Sistemas para resumir esta red de relaciones de una forma sugerente:

En la medida en que una persona desarrolla en sentido positivo su nivel de autoestima, mejora la construcción de su autoconcepto. Y viceversa, conforme desarrolla su autoconcepto, mejora su autoestima. De esta forma obtenemos un bucle de retroalimentación positiva entre los dos elementos que hace emerger un nuevo sistema que nace al considerar el autoconcepto, la autoestima y sus interrelaciones.

En la medida en que este sistema se desarrolla más y más, se incrementa la capacidad de autocontrol. Al incrementarse el desarrollo del autocontrol, mejora y se desarrolla el sistema autoconcepto – autoestima. La situación, pues, podemos representarla en un grafo como el siguiente:



El autoconcepto se refiere a la forma en que el sujeto describe su identidad básica, indica cómo se ve a sí mismo y responde a “cómo soy yo”. La autoestima refleja el nivel de satisfacción consigo mismo, es decir, de autoaceptación. Responde a la cuestión “cómo me siento”. El autocomportamiento indica la medida como el sujeto se percibe a nivel de comportamiento. El sujeto evalúa si su comportamiento es coherente con su autoconcepto. Responde a la cuestión “qué hago conmigo mismo”.

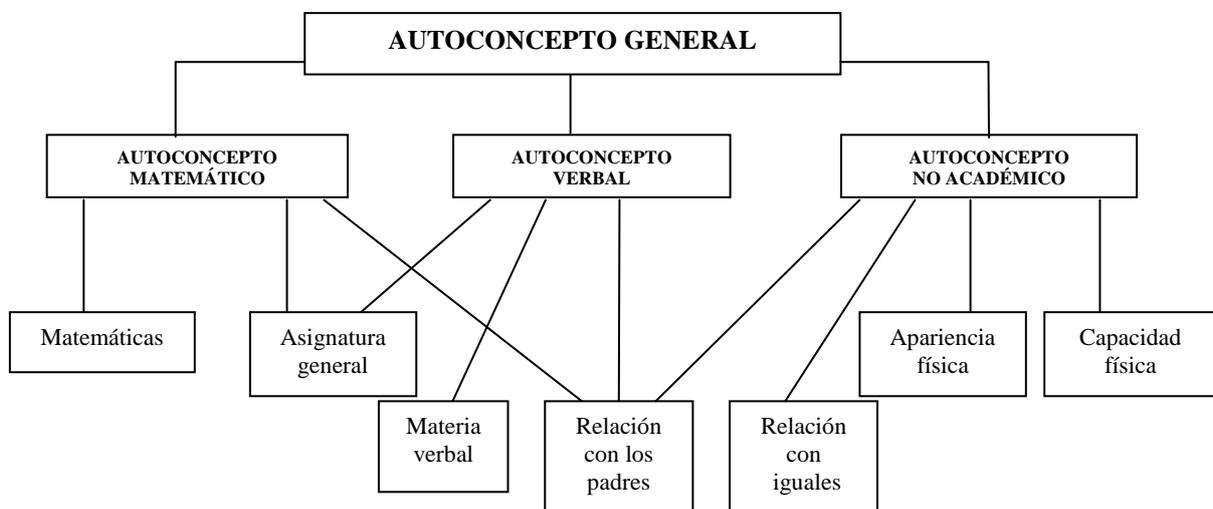
Para describir el sistema anterior, recogemos la versión de Garanto (1984, 10) que describe tres componentes de las actitudes hacia el Yo:

- El componente cognitivo: se refiere a la percepción o representación mental que tenemos sobre el objeto de actitud. Sin este componente se puede decir que no conocemos el objeto, pero la mayoría de las veces no es un fría representación perceptiva del objeto actitudinal, sino que de forma simultánea evaluamos el objeto adjudicándole propiedades y valorándolo.
- El componente afectivo: se trata de la respuesta afectiva o emotiva que asociamos con el

componente cognoscitivo de actitud. Se genera por la asociación del objeto de actitud a situaciones placenteras o displacenteras. Muchos autores, entre ellos Fishbein (1975) consideran el componente afectivo como el de mayor importancia dentro de la configuración de las actitudes. El componente afectivo y el cognitivo suelen ser congruentes entre sí. Si esta congruencia se rompe por algún motivo, se pondrán en marcha procesos restauradores que modificarán un componente, el otro o ambos, de modo que se consiga una congruencia sostenible.

- El componente comportamental: hace referencia a la conducta o intención de conducta que seguirá un individuo frente a un objeto de actitud. Este componente nos ayuda a predecir las conductas de una persona.

Marsh y Shavelson (1985) modificaron la estructura inicial del autoconcepto, diferenciando entre un autoconcepto académico, formado por un autoconcepto matemático y un autoconcepto verbal, y un autoconcepto no académico, compuesto por los factores de relación con los padres, relación con iguales, apariencia física y capacidad física. La estructura queda representada en el siguiente grafo:



Esta estructura del autoconcepto pone de relieve la importancia de las relaciones con los padres como variable moduladora en el desarrollo del autoconcepto en todas sus dimensiones, tanto académicas como no académicas y sociales. Tal como puede observarse en la figura, la variable “relación con los padres” es la única que interactúa con los tres componentes principales del autoconcepto: autoconcepto matemático, verbal y no académico y por tanto modula también las estructuras más específicas que se sitúan en la base de la jerarquía: matemáticas, asignatura general, materia verbal, relación con iguales, apariencia física y capacidad física.

TRATAMIENTO

De acuerdo con Pope, McHale y Craighead, 1998, partimos de la premisa de que no existe un tratamiento directo para mejorar la autoestima. Sin embargo, al ser éste un constructo íntimamente relacionado con una serie de variables personales: conducta, cognición, emoción y biología (entre las cuales existe una interdependencia recíproca), se puede influir en ella indirectamente cambiando una o más de esas variables personales.

Al hablar de la autoestima en niños y adolescentes tendremos que tener en cuenta a qué áreas les dan una mayor importancia ya que dicha importancia varía según las diferencias individuales y evolutivas. (Por ejemplo, si un estudiante valora más la habilidad atlética y la popularidad que el

éxito académico tendrá problemas de autoestima si falla en dichas áreas, aunque sea un estudiante excelente). Como referencia podríamos tener en cuenta 5 áreas que suelen tener una especial importancia en dichas edades: *social, académica, familiar, imagen corporal y autoestima global*.

Partiendo de las ideas expuestas nos gustaría proponer un posible guión a seguir antes de iniciar cualquier intervención:

- 1.– Determinar qué área problemática en particular es importante para el sujeto en cuestión.
- 2.– Determinar también las áreas en las que tiene una autoimagen positiva (para hacerle ver su valor).
- 3.– Una vez determinada qué área es problemática hay que identificar qué tipo de problema afecta a dicha área: conductual, cognitivo, emocional, biológico.

Así, la intervención es más directa y eficaz ya que implica un cambio en el campo donde se produce un problema: si se identifica un error cognitivo, se empleará una intervención cognitiva para corregirlo; se empleará un programa de modificación de conducta para enseñar la conducta necesaria; si es un problema emocional, se intentará intervenir en el campo emocional.

A continuación añadimos un cuadro–resumen:

VARIABLES PERSONALES	SUBVARIABLES RELACIONADAS CON LA AUTOESTIMA
Conductual (Uno se sirve de lo que hace o de cómo se comporta para describirse un autoconcepto)	<i>Habilidades sociales tales como hacer cumplidos, sonreír, conversar, etc.</i> <u>La intervención en esta área irá dirigida a enseñar habilidades sociales, habilidades de comunicación y estrategias de autocontrol.</u>
Cognitiva (El autoconcepto percibido es una actividad cognitiva)	<i>Autoafirmaciones, autoimagen, creencias, etc.</i> <u>La intervención en esta área irá dirigida a fomentar las autoafirmaciones positivas, enseñarle a hacer frente a las distorsiones cognitivas, enseñarle estrategias para la resolución de problemas, modificación de las atribuciones, establecimiento de modelos adecuados o modificación de los no adecuados, etc.</u>
Biológica (La aceptación del cuerpo físico es un componente importante de la autoestima)	<i>Desarrollo físico, déficits específicos como una minusvalía, así como también la relación entre el desarrollo biológico y la edad.</i> <u>La intervención en esta área irá dirigida a la aceptación del cuerpo físico.</u>
Emocional (Los sentimientos juegan un papel causativo en los pensamientos y conductas)	<i>Las emociones.</i> <u>La intervención en esta área irá dirigida al desarrollo de la inteligencia emocional (sobre todo a reconocer y aceptar las emociones, manejarlas), y a la enseñanza de estrategias de autocontrol.</u>

En nuestro caso, nuestra investigación va dirigida a niños y adolescentes. Aunque se trata de dos grupos de edad con características diferentes, el método cognitivo–conductual para mejorar la autoestima de niños y adolescentes propuesto por Pope, McHale y Craighead, 1998, sería un método apropiado para ambas edades. Además se trata de un método que ya ha verificado su utilidad aplicado al tratamiento de muy distintos problemas tanto de niños y adolescentes como de adultos.

Ocho son los módulos de tratamiento que proponen estos autores en relación con la autoestima:

1.-Resolución de problemas sociales. Se basan en la idea de que los niños a los que se les ha enseñado a usar estrategias sistemáticas para la resolución de problemas suelen enfrentarse al estrés y a la frustración con mayor eficacia; en que la aptitud para resolver problemas parece tener también un impacto positivo en el rendimiento académico; en investigaciones que demuestran que tienen menos probabilidad de convertirse en delincuentes, abusar de drogas y alcohol o desarrollar problemas psicológicos importantes. Pero lo más importante es que “la capacidad para resolver problemas de forma autónoma puede ser una fuente de orgullo y de autoestima positiva para el niño”.

2.-Autoafirmaciones. Se refieren al uso de las autoafirmaciones para describirse a sí mismos. A veces los modelos a seguir son muy severos y el autoconcepto ideal se aparta enormemente del autoconcepto de sí mismo. En estos casos surgen problemas de autoestima. Por ello para que se adquiera una autoimagen más positiva deberíamos invitar al niño o adolescente a que hable de sí mismo de una forma más diferenciada y considerando modelos distintos.

3.-Atribuciones. La forma en que usamos las atribuciones para explicar las causas de los hechos que nos suceden afecta a nuestro modo de sentir, comportarnos y pensar. Juegan un papel importante en cómo evaluamos nuestro autoconcepto. La intervención en este sentido va dirigida a conducir al niño o adolescente a la conclusión de que las atribuciones globales, internas y estables – en hechos positivos- le harán sentir bien; y que las atribuciones específicas, externas e inestables le harán sentir mejor en circunstancias negativas.

4.-Autocontrol. Se refieren al control cognitivo del lenguaje interno (racionalizar un error para evitar culpabilizarse, controlar las reacciones impulsivas para evitar ser rechazados por sus compañeros, planificar las actividades, etc.) Los niños capaces de controlar sus emociones y comportamientos se sienten más competentes y

aquellos que muestran su autocontrol son más valorados positivamente por los otros.

5.-Establecimiento de modelos. Si nuestros modelos de conducta son demasiado severos puede que nos sintamos defraudados con nosotros mismos quedando afectada nuestra autoestima si no cumplimos los requisitos de dichos modelos. La intervención irá dirigida a modificar esos modelos de conducta o a establecer nuevos modelos.

6.-Comprensión social y habilidades sociales. Cuanto mayor sea la comprensión social mejor sabrá tratar a los demás en el modo en que estos desean ser tratados y a cambio esos otros le manifestarán aprecio y harán que se sienta mejor. La intervención va dirigida al desarrollo de la comprensión social y a la enseñanza de habilidades sociales.

7.-Habilidades de comunicación. Para tener sentimientos positivos sobre sí mismo, un niño debe poseer las habilidades necesarias para relacionarse con los demás. Muchos niños desarrollan estas habilidades de forma natural pero otros requieren una instrucción más formal. Cuando los niños interaccionan con los demás de forma adecuada, sus nuevas capacidades se reflejan en la mejora de su autoestima social.

8.-Imagen corporal. Muchas investigaciones han documentado la relación existente entre la satisfacción de los individuos con su apariencia física y su autoconcepto general. En los adolescentes parece ser central en cómo se ven a sí mismos, en cómo son tratados por los demás y en cómo se relacionan con los otros.

Además de éste método cognitivo–conductual que proponen los autores nos gustaría señalar un método que incide más en lo cognitivo porque al fin y al cabo todo es visto bajo el prisma de la cognición. Nos referimos a que cómo pensamos afecta a cómo actuamos, a cómo nos sentimos, a cómo nos vemos. Se trata de un método para combatir las distorsiones cognitivas. Pero es éste un método que puede ser más apropiado a partir de la adolescencia debido a su carácter introspectivo y de autoanálisis.

Muchos consideran el período de la adolescencia como crucial en el desarrollo del autoconcepto, se trata de una etapa de su vida en la que se encuentran inmersos en el proceso de formación de su propia identidad. A partir de los 12 años, –antes en algunos casos y más tarde en otros–, los adolescentes empiezan a manifestar estilos de pensamiento adulto como pensar con abstracción, es decir, de imaginar posibilidades hipotéticas, de

reflexionar o de pensar en sus propios pensamientos y en cómo son vistos por los demás. (Hay que puntualizar que al hablar de los 12 años nos referimos a una edad aproximada ya que no todos los niños desarrollan las habilidades cognitivas que influyen en el autoconcepto a un mismo ritmo).

Por otro lado, estas habilidades cognitivas además de permitir el desarrollo de los tres componentes del autoconcepto equilibrado también traen consigo sus propios defectos. Por ejemplo, la excesiva sensibilidad respecto a cómo los ven los demás.

En este sentido y siguiendo a McKay y Fanning, 1991, vamos a centrar nuestra atención en la *crítica*, la negativa voz interior que nos ataca y juzga. La crítica nos acusa de las cosas que van mal, nos compara con los demás y nos encuentra en desventaja, fija estándares de perfección imposibles y luego nos fustiga ante el mínimo error, exagera nuestras debilidades, etc.

Todo el mundo tiene una voz interior crítica pero una crítica intensa y voluble es más venenosa para la salud psicológica que casi cualquier trauma o pérdida. Las distorsiones cognitivas son instrumentos de la crítica patológica, los medios por los que actúa, las armas que la crítica dirige contra su autoestima.

Las distorsiones cognitivas más comunes que afectan a la autoestima son:

- 1.- Hipergeneralización. A partir de un hecho aislado, se hace una regla general y universal. Si fracasó una vez, siempre fracasará.
- 2.- Designación global. Se trata de utilizar automáticamente denominaciones peyorativas para describirse a sí mismo, en vez de describir con exactitud sus cualidades.
- 3.- Filtrado. Se trata de prestar atención selectivamente a lo negativo y desatender lo positivo.
- 4.- Pensamiento polarizado. Se trata de llevar las cosas a sus extremos, expresarlas en categorías blanco o negro, sin un término medio. Uno tiene que ser perfecto o, de lo contrario, no vale nada.
- 5.- Autoacusación. Se trata de culparse permanentemente de cosas que pueden no ser culpa de uno.
- 6.- Personalización. Se trata de suponer que todo tiene algo que ver con uno y compararse negativamente con todos los demás.

7.- Lectura de la mente. Se trata de suponer que no gusta a los demás, que no se interesan por uno, etc., sin evidencia real de que dichas suposiciones sean correctas.

8.- Falacias de control. Uno siente que tiene una responsabilidad total de todo o todos (hipercontrol) o bien siente que no tiene control sobre nada, que es una víctima desamparada (subcontrol).

9.- Razonamiento emocional. Se trata de suponer que las cosas son de la forma en que uno las siente.

Para combatir las distorsiones vamos a tomar como referencia la *Técnica de las tres columnas* propuesta por McKay y Fanning, 1991, pero adecuada a los sujetos objeto de nuestra investigación:

- 1) Hay que explicarle al adolescente cuáles con las distorsiones cognitivas más comunes que afectan a la autoestima y su relación con la crítica patológica y enseñarle a detectarlas.
- 2) Hay que animarle a que esté alerta a su lenguaje interno para detectar las distorsiones cognitivas y poder hacerles frente.
- 3) Para combatir las podríamos enseñarle el siguiente procedimiento de refutación:
 - a) cuando se detecte una distorsión cognitiva hay que detenerse y decir ¡Basta!
 - b) en este momento hay que analizar qué dice la crítica acerca de la situación.
 - c) búsqueda de una refutación.

También podemos enseñarles unas reglas básicas para la refutación:

- 1) Las refutaciones han de ser enérgicas. (¡Basta!, ¡Cállate!, etc.)
- 2) No valorativas. (Esto significa que si por ejemplo ha estado incurriendo en la designación global tiene que acabar con todos aquellos adjetivos y adverbios peyorativos. Ser exacto en sus afirmaciones en vez de exagerar o minimizar le ayudará a suprimir la cualidad valorizante de sus afirmaciones).
- 3) Específicas. (Hay que pensar en términos de una conducta o problema específico).
- 4) Ponderadas. (Es decir, hay que incluir tanto lo positivo como lo negativo).

Hay que tener en cuenta que el hecho de realizar esta técnica por escrito dará mejores resultados ya

que al tener sobre el papel este análisis de sí mismo, le permitirá reflexionar y darse cuenta del mecanismo de la crítica patológica. De este modo se producirá también una ejercitación en la técnica que le permitirá reconocerlas más rápidamente la próxima vez. Aunque lo ideal sería que esta técnica se convirtiese en un hábito.

4. SISTEMA EDUCATIVO Y TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

Un sistema dinámico, como es la educación y el propio sistema humano, no puede conformarse con respuestas aprendidas de antemano, con adaptarse a las nuevas situaciones que se le plantean, sino que gracias a su propia especificidad como sistema dinámico y complejo debe responder de modo creativo, original y evolutivo, es decir, dar respuestas proyectivas que van más allá de la mera adaptación, que les permite superarse y cambiar siendo el mismo sistema.

Los sistemas organizados se caracterizan por presentar, por un lado, una cierta resistencia al cambio, mantener su estabilidad con los menores cambios posibles, pero al mismo tiempo, presentan una tendencia a la innovación (Bartoli, 1992), a la apertura y a la proyección, por lo que han de mostrar cierta flexibilidad. Un sistema que intenta mantener su rigidez tenderá a su desaparición.

Este tipo de sistemas se constituye en un sistema de carácter dinámico, dónde el mismo tenderá al equilibrio y recuperación de su anterior estructura, o bien, adaptará la misma a los cambios que haya supuesto la información o impulsos externos que ha recibido, modificándose de acuerdo a los mismos, y, siendo el mismo sistema, tener un comportamiento distinto de acuerdo a la adaptación o cambio producido en algunos de sus elementos, y por tanto, en todo el sistema, gracias a la peculiaridad sistémica.

De acuerdo con el punto de vista clásico existía una frontera clara entre los sistemas sencillos y los sistemas complejos, como los que se estudian en biología y en las ciencias humanas. Pero esta diferenciación parece tener una frontera menos delimitada, por lo que es mejor hablar de comportamiento simple o complejo, en lugar de sistemas simples o complejos.

Los sistemas que tienen un comportamiento complejo son aquellos que presentan una alta organización. el orden en los sistemas vivos es una cualidad, a pesar de considerarse prototipo de la complejidad. Es decir, son capaces de mantener su estabilidad a pesar de los cambios y de su comportamiento complejo, aún con las

imposiciones externas son capaces de mantener un equilibrio a través de los cambios.

Bertalanffy (1981, p. 89) opina que la característica básica de los sistemas orgánicos es el orden espléndido que reina entre una enorme cantidad de elementos y procesos. La propiedad más notable de un comportamiento sencillo o complejo es el orden y la coherencia del sistema, siendo los seres vivos los sistemas más complicados y organizados. Los rasgos característicos de los sistemas no descansan en la especificidad de los procesos individuales, sino en el hecho de seguir una pauta dada que garantiza el mantenimiento, la restauración o la reproducción del sistema.

Los sistemas complejos se constituyen en sistemas evolutivos, y en el caso del sistema educativo, y del propio ser humano, esta característica es fundamental porque no sólo se produce una evolución de carácter biológico, sino también una evolución socio-cultural. Los procesos dinámicos no pueden ser explicados desde la desorganización, sino desde la evolución, desde su propio desarrollo que los convierte en sistemas cada vez más complejos, dónde sus elementos cobran cada vez más importancia, al tiempo que las variables que se interrelacionan son a su vez mayores.

Teniendo en cuenta estas ideas generales procedentes de la teoría de sistemas, cabe plantearse algunas cuestiones relevantes, que son objeto de nuestra investigación:

Cuando se introduce una perturbación, esto es, cuando se ensaya un programa educativo con el objetivo de modificar el estado del sistema en cuanto a la adquisición y cambio de conocimientos, hábitos y actitudes respecto a la salud psíquica y social, ¿cómo será la evolución del sistema educativo?.

En caso de que el sistema adopte una dinámica caótica, ¿influirá esto en la rapidez con que el sistema se adapte a la nueva circunstancia?. ¿De qué manera afectará a la velocidad con que se asumen los cambios?.

Si la dinámica no es caótica, ¿implica ello estabilidad del sistema?. ¿Implica ello rigidez y, por tanto, autodestrucción (inestabilidad)?.

5. CONCLUSIONES

En nuestro proyecto de investigación pretendemos analizar la influencia del sistema educativo sobre la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes en salud psíquica y social. Cualquier programa educativo que pretenda diseñarse con esta finalidad, debería tener en cuenta el abanico de interrelaciones considerado en párrafos anteriores.

Esto significa tomar como punto de partida el doble bucle de retroalimentación positiva existente entre autoconcepto, autoestima y autocontrol, el cual puede ser una base para elaborar los cuestionarios y diseñar las actividades del programa.

Pero, a la luz de la Teoría General de Sistemas, pretendemos también analizar el comportamiento del sistema educativo frente a una perturbación, expresada en términos de experimentación de un programa educativo.

En este sentido, interesa sobre todo analizar la capacidad del sistema para adaptarse a los cambios y la naturaleza de esta adaptación (caótica o no), así como la velocidad con la que estos cambios se asumen. Ello requiere disponer de datos que permitan conocer el estado del sistema antes, durante y después de la experimentación, construir un modelo explicativo del sistema, estudiar la evolución del sistema, buscar los puntos de equilibrio, localizar posibles bifurcaciones, investigar la posible existencia de atractores extraños, o la presencia de rutas hacia el caos.

BIBLIOGRAFÍA

- BARTOLI, A. (1992): *Comunicación y educación*. Paidós. Barcelona.
 - BERTALANFFY, L. von (1981): *Tendencias en la Teoría General de Sistemas*. Alianza. Madrid.
 - BRANDEN, N.: *Cómo mejorar su autoestima*. Editorial Paidós. Barcelona, 1995.
 - ESCAMEZ, J. (Dtor.) (1990): *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Dykinson. Madrid.
 - ESCAMEZ, J. (Dtor.) (1997): *Prevención de la drogadicción*. Nau Llibres. Valencia.
 - FERRER, L. (1995): *Del paradigma mecanicista de la ciencia al paradigma sistémico*. Ajuntament de València. Universitat de València.
 - GOMEZ OCAÑA, C; RIUS LOZANO, M. (1998): *Educación para la Salud. Una transversal curricular*. Conselleria de Sanitat y Consum. IVESP. Valencia.
 - KOLHBERG, L. (1976): *Moral stages and moralization*, en LICKONA, T. (Ed.): *Moral Development and Behavior. Theory, research and social issues*. Rineart and Winston. New York.
 - LABRADOR, F.J. (1995): *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Ed. Temas de hoy. Barcelona.
 - McKAY, M., FANNING, P.: *Autoestima: Evaluación y mejora*. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1991.
 - McKAY, M.; DAVIS, M; FANNING, P. (1985): *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
 - MEC (1989): *El medio escolar y la prevención de las drogodependencias*. Secretaría de Estado de Educación. Madrid.
 - NICOLIS, G.; PRIGOGINE, I. (1994): *La estructura de lo complejo*. Alianza Universidad. Madrid.
 - PIAGET, J. (1974): *El criterio moral en el niño*. Fontanella. Barcelona.
 - PIAGET, J. (1978): *La equilibración de las estructuras cognitivas*. Alianza Siglo XXI. Madrid.
 - POPE, A.; McHALE, S.; CRAIGHEAD, E.: *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1998.
 - RODRÍGUEZ DELGADO, R. (1997): *Del Universo al ser humano*. McGraw Hill Interamericana. Madrid.
 - SELMAN (1976): *Social cognitive understanding: a guide to educational and clinical practice* en LICKONA, T. (Ed.): *Moral Development and Behavior. Theory, research and social issues*. Rineart and Winston. New York.
 - TANNENHAUS, N. (1997): *Anorexia y bulimia*. Plaza y Janés. Barcelona.
 - TORRABADELLA, P. (1997): *Cómo prevenir el estrés*. Ed. Del Serbal. Barcelona.
 - WILKINSON, G. (1999): *El estrés*. Ed. Grupo Zeta. Barcelona.
-