



La autoestima y sus vicisitudes

Dr. Roberto Arendar¹

IARPP, Buenos Aires (Argentina)

Exploro en este trabajo las vicisitudes de la autoestima en el campo del trabajo clínico. Usando un lenguaje lo más evocativo posible me ocupo de subrayar los indicios que dan cuenta de un trastorno en esta área, los contextos intersubjetivos más frecuentes que tienden a forjar estos déficits y las estrategias psicoterapéuticas más eficaces para ayudar a los pacientes a subsanarlos. En relación con este último punto señalo los errores más usuales que se tienden a cometer y sus desafortunadas consecuencias. Ofrezco algunos ejemplos clínicos.

Palabras clave: autoestima, contextos intersubjetivos, estrategias psicoterapéuticas.

In this paper I explore the vicissitudes of self-esteem in the field of clinical work. Using a most evocative language can I deal with stress signs that reflect a disorder in this area, the most frequent interpersonal contexts that tend to build these deficits and the most effective psychotherapeutic strategies to help patients to address them. Regarding this last item I note the most common errors that tend to make therapists and its unfortunate consequences. I offer some clinical examples.

Key Words: Seelf-esteem, Intersubjective contexts, Psychotherapeutic strategies.

English Title: Seelf-esteem and their vicissitudes.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Arendar, R. (2014). La autoestima y sus vicisitudes. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3): 394-402. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Lo que me mueve a escribir este trabajo es la fuerte impresión de que el papel de las vicisitudes de la autoestima y su presentación en la clínica es un tema insuficientemente abordado en el psicoanálisis. Entiendo la autoestima tal como lo indica el término, como la imagen que tenemos de nosotros mismos. El grado de confianza que tenemos en nuestros propios recursos, el grado de aceptabilidad y valor afectivo que nos atribuimos y fundamentalmente un modo equilibrado de apreciar nuestras virtudes y defectos y/o limitaciones. Una aproximación comprensiva a esta temática está íntimamente asociada al estudio del afecto de vergüenza, que en otro lugar he dado en llamar, la Cenicienta del psicoanálisis. La propensión a desarrollar niveles tóxicos de vergüenza o las defensas que se erigen para no sentirla, son todos fieles indicadores de la presencia de un trastorno en la autoestima. Organizaré esta presentación de la siguiente manera: 1) un breve repaso de las necesidades emocionales que, en el curso de nuestra historia personal, necesitan ser adecuadamente respondidas y satisfechas para que nuestra autoestima se vaya forjando de manera saludable, 2) los contextos intersubjetivos problemáticos que tienden a dar lugar a patología en este campo 3) como esta patología hace su aparición en la clínica. En este ítem incluiré varios ejemplos clínicos, 4) las estrategias terapéuticas eficaces que nos permiten serle de mucha ayuda a los pacientes en la progresiva resolución de sus dificultades, 5) un apartado que llamaré “preguntas frecuentes” que por su vaguedad me va a permitir discurrir acerca de una serie de cuestiones difíciles de encuadrar y por último 6) unas reflexiones finales a modo de conclusión.

1) Un breve repaso de las necesidades emocionales requeridas

Parafraseando a Bowlby, podemos afirmar que nuestra autoestima necesita ser construida y apuntalada desde que nacemos hasta que nos morimos. ¿Y qué provisiones necesitamos para adquirir una autoestima saludable?

Necesitamos padres (o cuidadores) que nos acepten tal como somos. Necesitamos que nos quieran y además sentirnos bienvenidos a este mundo. Necesitamos ver reflejados en los ojos de nuestros padres (o cuidadores) orgullo por tenernos y estar vivos. Necesitamos su comprensión, su apoyo, su aliento. Necesitamos que a pesar de ser pequeños nos hagan sentir que somos importantes. Necesitamos que nos introduzcan a las realidades de este mundo con esperanza, pero sin exagerar ni los peligros ni nuestras posibilidades. Necesitamos que nos ayuden a procesar, nombrar y modular nuestras emociones. Necesitamos que, con su actitud, nos enseñen a que las dificultades pueden ser enfrentadas sin colapsar. Necesitamos que también nos enseñen a valorar nuestras virtudes y aptitudes sin grandilocuencia y a que nos ayuden a mirar nuestras limitaciones y defectos con ecuanimidad y aceptación.

Necesitamos que nos estimulen a explorar y probar sin que se burlen de nuestros inevitables fracasos y torpezas. Todo esto y mucho más necesitamos y es precisamente por esto, por la enorme complejidad de este proceso de conformación de nuestra autoestima, por la numerosa cantidad de ingredientes que son menester para forjarla, que observamos con tanta frecuencia patología en esta área.

2) Los contextos intersubjetivos problemáticos

Tener presentes los tres o cuatro contextos más comunes que dan lugar a perturbaciones de la autoestima nos va a servir como una guía adecuada para orientarnos en la clínica. Es sabido que, hablando de una manera muy general, podemos decir que los distintos tipos de apegos inseguros (ansioso-resistente, evitativo y desorganizado) traen aparejado déficits en la autoestima. Pero me parece más elocuente e ilustrativo denominar a estos contextos con nombres de síndromes.

Empezaremos con el que, inspirado en Kohut, he dado en llamar “Síndrome de Jesucristo”. En él encontramos la presencia de una madre posesiva, con baja autoestima y un padre relegado y despreciado por la madre quien usa al hijo como si fuera una prolongación de sí misma y desde pequeño lo ensalza y lo ve como alguien llamado a hacer grandes hazañas. Oscila en el trato, entre las alabanzas desmedidas (por supuesto, en tanto y en cuanto cumpla y se atenga al plan que ella tiene diseñado para él) y las humillaciones más denigrantes. De grande su autoestima será pendular. Por momentos predominará el hecho de sentirse alguien muy especial y buscará en sus vínculos a alguien que lo trate así. Por momentos predominará el sentirse alguien indigno, sin valor y en esos momentos la ansiedad y la depresión se abatirán sobre él.

Emparentado con este último encontramos el que podríamos llamar “Síndrome de la madre edípica”. En él, una madre insatisfecha con su vida matrimonial, erotiza el vínculo con su hijo. Como es evidente, aquí también el rol del padre está desdibujado. Acá se ve afectada seriamente la integración armoniosa de la sexualidad. De grande su desempeño sexual se convertirá en eje de sus preocupaciones y sus relaciones con las mujeres se verán marcadas por la vergüenza y la culpa. A su vez, estas dudas con respecto a su virilidad, tendrán un efecto erosivo sobre su autoestima.

Quiero dejar en claro que estos síndromes no son entidades clínicas definidas, sino más bien guías para orientarnos. Por lo tanto podemos encontrar combinaciones de varios de ellos. Sigamos. El “Síndrome de los padres sobreprotectores” está emparentado con los anteriores. Como parte del triángulo amoroso que se despliega en dichos escenarios, los dos padres pugnan por obtener la consideración y la admiración del hijo. La así mal llamada “sobreprotección” entra en escena y es usada para seducir y, de ese modo, ganar el favor del

hijo. Como consecuencia de ser usado así, como vehículo para apuntalar la vulnerabilidad narcisista de sus padres, el hijo cosecha inseguridad en sus propios recursos con el consiguiente menoscabo en su autoestima y en su autonomía.

Por último citaré una constelación que se suele dar con frecuencia y que denominaré “El síndrome de la madrastra de Blancanieves”. Cuando imaginamos el cuento inmediatamente nos ubicamos en la relación entre una madre (o madrastra) que, debido a su baja autoestima, rivaliza envidiosamente con su hija adolescente. La juventud y la belleza de la niña se viven por lo tanto como una seria amenaza y despierta lo más terribles deseos hostiles. Creo que el motivo por el cual el cuento elige a una madrastra en vez de una madre es para atenuar el impacto que la presencia de estos deseos de muerte suscitaría en los lectores si estuvieran encarnados en su progenitora. Sin embargo no les será muy difícil imaginar este escenario entre un padre y su hijo varón. Ahí también la hostilidad puede ir desde la descalificación hiriente al asesinato. Sino recordemos al mito de Edipo quien es mandado a matar por su padre. Resultado: la autoestima de estas personas se ve fuertemente debilitada. La condición para preservar estos vínculos es “comprar” estos atributos de insuficiencia e inferioridad.

Estoy seguro que podrán ustedes configurar en sus mentes otros “síndromes”. Pero, como dice el dicho, para muestra basta un botón.

3) Indicios en la clínica. Ejemplos clínicos

Recordemos: una autoestima saludable supone una imagen de nosotros mismos equilibradamente apreciativa, en donde nuestras virtudes y aptitudes no derivan en grandilocuencia y en donde nuestros defectos y limitaciones no nos aplastan anímicamente. Refrescar este concepto me sirve de pie para entender y contextualizar los indicios que expongo a continuación:

1) Intolerancia a los errores, a los defectos, a las limitaciones. Aquí los pacientes en sus relatos se nos muestran implacables con sus equivocaciones. Reconocer un error puede llevarlos a tener un ataque de angustia y de furia consigo mismo o con los demás. Están sometidos a un ideal perfeccionista que los esclaviza y los hace sufrir. El temor a hacer un papelón a veces lleva a que se paralice o interfiera seriamente su iniciativa. La timidez es su sello. La pretensión de tener todo bajo control puede hacer que una acción sencilla, por ejemplo preguntar por una dirección, se vuelva una tarea ciclópea. Acá recuerdo a un paciente a quien sus familiares le exigieron que se trate psicológicamente, cuando estando en el extranjero y conduciendo un automóvil de alquiler (sus familiares, esposa e hijos, lo acompañaban), no acertó con la salida adecuada de la autopista y estalló en un ataque de angustia y furia. Recuerdo otro, que se recriminaba acremente a sí mismo, si su desempeño en su deporte preferido no había sido el esperado. El hecho es que en esas instancias estas

personas tienden a experimentar niveles tóxicos de vergüenza. Los defectos también pueden llegar a experimentarse de una manera muy persecutoria. Por eso yo prefiero distinguir entre lo que es saber que uno tiene un defecto y la vivencia de defectuosidad. En esta última sentimos que el defecto nos define como personas y nos excluye de mundo “de los demás”. El defecto puede ser tener hipertensión arterial, ser diabético o tener una enfermedad crónica en la piel. Sentirnos sistemáticamente avergonzados es su consecuencia.

2) hablando con los pacientes, a veces de entrada, a veces cuando ya han entrado en confianza, nos cuentan lo incómodo que les resulta la mirada de los demás. Se sienten distintos, diferentes, defectuosos y por lo tanto sienten a la mirada del otro como si fuera la mirada de rayos X de Superman capaz de detectar esa defectuosidad. Todos ellos están capturados total o parcialmente en la apreciación de sí mismos por convicciones de inferioridad, insuficiencia o inadecuación. En otro trabajo consideré a este síntoma como prototípico de lo que di en llamar “Síndrome de Cenicienta”, recordando como sale Cenicienta a los piques antes de la medianoche para no quedar expuesta en el baile del palacio a ser vista vistiendo sus harapos al terminarse el hechizo del hada madrina. Ahí decía que si Cenicienta no hubiera tenido problemas con su autoestima podría haberle encontrado otra solución a la situación incómoda en que se encontraba. Por ejemplo, podría haberle pedido ropas decentes al príncipe y explicarle lo que le ocurría. Se sienten incómodos en la calle, en un bar, en una reunión, exponiendo un trabajo ante un auditorio, mostrando su cuerpo.

3) otra área en donde se manifiesta esta vivencia de defectuosidad con la consiguiente baja en la autoestima que genera, es en el terreno de las elecciones personales. Debido a su desvalorización tienden a estar pendientes de ser elegidos y no ejercitan su derecho a elegir. Por lo tanto construyen relaciones predominantemente insatisfactorias. Nadie que valga realmente se fijaría en ellos. Y si alguien interesante se acerca queda automáticamente invalidado. Como decía Groucho Marx, “yo no sería socio de un club que me aceptara a mi como socio”. También solemos encontrar otro fenómeno. Su déficit en su autoestima se ha forjado muchas veces al calor de la relación deficiente con una figura afectivamente significativa (generalmente uno o los dos padres). Esto llevará a que sus elecciones estén dirigidas a personas difíciles de satisfacer, rechazantes, que adquieren su poder atractivo y su prestigio porque sus rasgos de personalidad remedan a aquellos de sus objetos originarios.

4) un síntoma que debe alertarnos inmediatamente como fiel indicador de un problema en la autoestima es la proclividad del paciente a experimentar ataques de rabia o furia. Tengamos muy presente que la rabia no es lo mismo que el enojo, confusión que está muy extendida. Puede ser activada por estímulos similares, por ejemplo una frustración, pero a diferencia del enojo que es pasajero y esta ligado con la autoafirmación saludable del sí mismo, en la rabia o furia lo que está implicado es una herida en el amor propio. Denota

vulnerabilidad en ese terreno. Otra forma de mirar el mismo fenómeno es que esa manera de reaccionar es a su vez una identificación con actitudes de alguno de los padres, que son precisamente las que lastimaron la autoestima del paciente.

5) Otros conjunto de síntomas asociados a lo ya expuesto y muy importantes de tener en cuenta son: sensibilidad marcada a los desaires, vivencias reiteradas de que la vida es injusta con ellos, anhelos permanentes e insatisfechos de ser resarcidos por tales injusticias, presentes y pasadas (“el mundo me debe algo”), fantasías o actos vengativos, actitudes reivindicativas. Hace ya unos años empecé a ver a un paciente que era abogado en uno de los más prestigiosos estudios de abogados de la ciudad. Era joven, inteligente y ambicioso. Estaba entre desilusionado, impaciente y rabioso porque todavía no se había concretado su nombramiento como socio de la firma. Pensaba que la manera de resolverlo era ir, hablar con los otros socios y, de una manera perentoria, exigirles los motivos por los cuales se demoraba tal acontecimiento. Sin titubear recuerdo que lo paré en seco y le advertí que si llevaba a cabo tal propósito iba a poner en riesgo no solo que se hiciera efectivo tal nombramiento sino toda su carrera profesional. Le expliqué que estaba muy vulnerable en su autoestima y que ese hecho lo llevaba a tomar esta mínima postergación como una ofensa intolerable. Afortunadamente debo haber sido muy persuasivo, porqué me hizo caso. Cuando al poco tiempo se hizo efectivo su nombramiento y me comunicó la noticia, nos estrechamos en un fuerte abrazo cargado con gratitud y reconocimiento.

Pienso que estas cinco conductas sintomáticas son las más conspicuas pero no quiero dejar de mencionar los mecanismos defensivos o compensatorios que muchas veces ocupan el primer plano de la escena, a saber, la arrogancia grandilocuente, la jactancia, con sus pretensiones de omnisciencia e infalibilidad y la tendencia a atribuir a otro toda necesidad, defectuosidad y vulnerabilidad, la negación omnipotente, la utilización de sustancias o situaciones adictivas, como el sexo o el juego, el “Don Juan” empedernido, el buscador insaciable de elogios, el procurarse personajes idealizados para sostenerlos y sentirse así importantes. La depresión siempre acecha. A veces denota un intento de defenderse mediante el repliegue y el ensimismamiento y a veces resulta de un fracaso de estos intentos defensivos y compensatorios, Por ejemplo en adolescentes y adultos jóvenes es muy usual que vengan a la consulta empujados por una fuerte depresión asociada a un desengaño amoroso que lastimó profundamente su amor propio.

4) Las estrategias terapéuticas

Hay un factor clave para poder manejanos eficazmente desde el punto de vista psicoterapéutico y es a mi juicio, estar adecuadamente equipados con una comprensión teórica del fenómeno en cuestión. Esto es básico y no me canso de repetirlo. Lo que he

observado en los relatos de pacientes que ya han tenido experiencias psicoterapéuticas previas, es cómo una comprensión basada en las distintas variedades del así llamado modelo pulsional, lleva a intervenciones chapuceras, ineficaces y a veces, directamente iatrogénicas. Las que sobresalen son elogios indiscriminados, actitudes “sobreprotectoras”, explicaciones pseudo-racionales, etc. Recordemos que los déficits en la autoestima emanan de convicciones muy arraigadas de defectuosidad, de inferioridad, de inadecuación. Es necesario, por lo tanto, ayudar al paciente a iluminar dichas convicciones invalidantes para poder empezar a cuestionarlas. También es imprescindible reconstruir los contextos intersubjetivos en los que se “cocinaron” dichas convicciones, sin dejar de tener en cuenta los contextos actuales en la vida del paciente, especialmente, por supuesto, la transferencia con el analista. Tengamos presente que si estas convicciones no son puestas al descubierto y no son sujetas a la reflexión consciente por parte del paciente, nuestros esfuerzos terapéuticos estarán condenados al fracaso. Será todo al “ñudo” como diría Marín Fierro. Dichas convicciones funcionan como agujeros en un estómago. Utilizando la metáfora de Kohut, esto genera un apetito devorador, pero por más que se lo intente aplacar con alimentos (elogios, reaseguramientos) nunca es suficiente lo cual lleva a que terapeuta y paciente se desesperen juntos. Tampoco sirve, como es obvio, pensar estas dificultades en términos de un Superyó demasiado estricto, como tampoco sirve pensar que podemos ayudar al paciente instándolo a que sea más benevolente en sus apreciaciones de sí mismo o, como suele verse, retándolo por ser como es. Este tipos de actitudes no solo son ineficaces, sino que contribuyen a enfermar más y mejor al paciente. Hoy en día han florecido los así diagnosticados “ataques de pánico” que son ni más ni menos exponentes del fracaso de las defensas que los pacientes han construido para mantener a raya estas vivencias subyacentes de inferioridad e inadecuación. Aquí la medicación puede ser de ayuda, en tanto y en cuanto sea administrada de manera transitoria y vaya acompañada por una tarea psicoterapéutica que les permita a los pacientes acceder y cuestionar la extrema vulnerabilidad que se atribuyen. Caso contrario, estamos maquillando el problema. Errores equivalentes de manejo se ven cuando la grandiosidad y la arrogancia aparecen en primer plano en la presentación del paciente. Dado que esta conducta claramente defensiva tiende a ser peyorativamente considerada como un “exceso de narcisismo” lo que suele promover, si uno no está avisado, son actitudes cargadas de reproche hacia el “egoísmo” del paciente. Lo que le ocurre a estas personas no es atribuible a ningún exceso sino a una autoestima deficitaria. No es entonces increíble que frente a este tipo de flagrantes desaciertos aparezcan “trasferencias negativas”, “resistencias”, depresiones o, directamente, abandono de la terapia.

Resumiendo: una estrategia psicoterapéutica eficaz incluye 1) una detección lo más precoz posible de los problemas en la autoestima del paciente que tenemos enfrente 2) una exploración conducida con tacto para identificar las convicciones invalidantes que los

condicionan 3) la reconstrucción en el trabajo conjunto de los contextos intersubjetivos en las que cuajaron y 4) un seguimiento sensible de los indicadores que van poniendo en evidencia el progreso que se va logrando.

5) “Preguntas frecuentes”

Voy a utilizar este título ambiguo para abordar una miscelánea de cuestiones relacionadas con este tema. En primer lugar ¿la autoestima de una persona es variable según sus vínculos? Sí. Además de las variaciones atribuibles a los distintos estados de ánimo por lo que pueda atravesar dicha persona hay veces que uno observa que un mismo paciente puede tener dos tipos de autoestima que han sido forjadas en distintos tipos de vínculos en su historia personal. Me viene a la mente el caso de un empresario muy exitoso que en el contexto de la relación con su padre había desarrollado cualidades inherentes a una autoestima saludable, tales como ambición, empuje, generosidad y capacidad de amar. Su madre falleció cuando él tenía cinco años y desde ese momento se hizo cargo de él y sus hermanas una tía amargada y resentida. Dicha mujer, que mi paciente describía como un sargento de las SS nazis, tenía actitudes mandonas y despreciativas. No es de asombrarse que la impronta que esta relación hubiese dejado, fuera una autoestima comprometida. Incapacidad para disfrutar sus logros, vivencias de defectuosidad relacionadas con su cuerpo con las consiguiente experiencia persecutoria de la mirada ajena, expectativas de catástrofes financieras pese a que una y otra vez había podido enfrentar con éxito las adversidades que habían surgido en su vida, dificultades en la defensa de sus intereses y necesidades, especialmente con las mujeres. En este caso hacer consciente esta constelación psicológica y comprender el papel deletéreo que había jugado, fue fundamental en su recuperación, con la correspondiente mejoría en su calidad de vida.

¿Sirven los elogios? Sí y no. Ocasionalmente, cuando un paciente nos presenta con orgullo un logro y somos conscientes del valor que dicho logro implica, pienso que es un error grosero no felicitarlo. Yo lo suelo hacer y, por mi carácter lo suelo hacer efusivamente. El pecado que aquí no se puede cometer es ser ingenuo. No sirve halagar o elogiar cuando esto es solicitado perentoriamente o de manera reivindicatoria. Estas personalidades “hambrientas de espejo” como las llamaba Kohut, con agujeros en su autoestima, buscan los elogios como antídoto. Como dijimos previamente, esto no resuelve nada, por el contrario, lo agrava. Volvamos a recordar que una autoestima deficitaria se origina en convicciones invalidantes de defectuosidad profundamente arraigadas. Si no las ponemos al descubierto y las hacemos pasibles de ser cuestionadas y contextualizadas, todo lo que hagamos es inútil. No solo eso. Es además descorazonador para el paciente, que sentirá correctamente que no es entendido. El desaliento y la desesperanza están a la vuelta de la esquina.

¿Sirven las explicaciones? Sí. Siempre que sean dadas con tacto, oportunidad y, no me canso de subrayarlo, formuladas con palabras sencillas y coloquiales. Ya he señalado en otra parte el uso que hago de los cuentos infantiles, películas y la literatura, para ilustrar la dinámica de estas constelaciones psicológicas. He comprobado una y otra vez, el poder terapéutico que tiene una buena explicación sustentada por buenas teorías. Una buena explicación alivia mucho la ansiedad del paciente debido a que le permite otorgarle inteligibilidad a síntomas que lo solían desconcertar.

¿Cómo nos damos cuenta de que la psicoterapia está funcionando? Para evaluar la eficacia de nuestras intervenciones no hay como tener “in mente” los indicios que mencionamos antes. Por lo tanto, como un termómetro fiel, vamos a ver como mejora la relación del paciente con su falibilidad y vulnerabilidad, como disminuye paulatinamente su timidez y se consolida su autoafirmación, como se amplía progresivamente su capacidad de disfrute y de llevar adelante iniciativas, como se hacen más plenas y dichosas sus relaciones interpersonales, como va ganado confianza en sus propios recursos y desempeños y así.

6) Reflexiones finales

El estado del narcisismo del paciente y su contraparte, los niveles de vergüenza (normal y patológica) que experimenta, han ido cobrando un papel cada vez más relevante en la comprensión psicodinámica de los hechos clínicos. Y en buena hora. Como creo haber contribuido a demostrar, un conocimiento teórico adecuado de estos fenómenos mejora notablemente nuestra eficacia terapéutica. Y esto ayuda a que nuestros pacientes tengan muchas más posibilidades de vivir más plenamente. Esto es lo que esperan de nosotros. No los decepcionemos.

REFERENCIAS

Arendar, Roberto L. (2004). El afecto de vergüenza-humillación, origen intersubjetivo, mecanismos de defensa y tratamiento. *Intersubjetivo: Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, vol. 6 nº 1 2004, págs. 176-186.

Kohut, Heinz (1980). *La restauración del sí mismo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Original recibido con fecha: 15-9-2014 Revisado: 17-10-2014 Aceptado para publicación: 27-10-2014

NOTAS

¹ Roberto Arendar es Médico y Psicoanalista. Miembro de IARPP. Ex - Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA, IPA). Correo electrónico: robertoarendar@fibertel.com.ar