

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Arrieta, M., Fernández, M., Bengochea, R., & Santacoloma, I. (2018). Adaptación al español de la forma abreviada de la Self-Esteem Rating Scale. *Psychology Research 1* (1), 61-78. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.112

ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DE LA FORMA ABREVIADA DE LA SELF-ESTEEM RATING SCALE

Marta Arrieta

Mar Fernández

Rosario Bengochea

Iciar Santacoloma

David Gil

Centro Hospitalario Padre Menni (España)

Resumen. Introducción: la autoestima puede ser una variable mediadora en el éxito de los procesos de rehabilitación en esquizofrenia. Algunos autores recomiendan el uso de escalas que diferencien entre las dimensiones positiva y negativa de la autoestima, como la Self-Esteem Rating Scale (SERS). El presente estudio pretende validar en español la forma abreviada de esta escala (SERS-SF). Método: el estudio se llevó a cabo con 370 participantes, 328 sujetos control y 42 pertenecientes a un grupo clínico (diagnóstico de esquizofrenia). Se analizó la existencia de dos dimensiones de la autoestima mediante un análisis factorial confirmatorio, y se calcularon la fiabilidad test-retest, la validez de criterio y la consistencia interna para cada dimensión. También se estudiaron las relaciones entre autoestima y variables sociodemográficas en ambas muestras, así como con la sintomatología en el grupo clínico. Por último, se comparó el nivel de autoestima entre ambos grupos. Resultados: la adaptación al español de la SERS-SF mostró buenas propiedades psicométricas en ambas muestras. No se obtuvieron relaciones significativas con ninguna variable sociodemográfica. En el grupo clínico, la dimensión positiva de la autoestima se relacionó con los síntomas de ideas de grandeza, conciencia de enfermedad y depresión. La comparación entre sujetos control y clínicos mostró que éstos tenían peor autoestima, aunque en un alto porcentaje estaba dentro de valores normalizados. Discusión: estos resultados permiten concluir que la versión en español de la SERS-SF es una prueba adecuada para valorar de manera diferenciada las dimensiones positiva y negativa de la autoestima.

Palabras Clave: Autoestima, esquizofrenia, escalas

SPANISH ADAPTATION OF THE ABBREVIATED FORM FOR THE SELF-ESTEEM RATING SCALE

Abstract. Introduction: self-esteem could be a mediating variable in the success of the rehabilitation in schizophrenia. Some authors recommend the use of scales that differentiate between the positive and negative dimensions of self-esteem, such as the Self-Esteem Rating Scale (SERS). This study aims to validate the abbreviated form of this scale into Spanish (SERS-SF). Method: the study was carried out with 370 participants, 328 control subjects and 42 belonging to a clinical group (diagnosis of schizophrenia). The existence of two dimensions of self-esteem was analyzed by means of a confirmatory factorial analysis, and the test-retest reliability, the criterion validity and the internal consistency for each dimension were calculated. The relationships between self-esteem and socio-demographic variables were also analyzed in both samples, as well as the symptomatology in the patients' case. Lastly, the level of self-esteem between the controls and patients was compared. Results: the Spanish version of the SERS-SF showed good psychometric properties in both samples. No significant relationships were obtained with any socio-demographic variable. In the case of the patients, the positive dimension of self-esteem was related to symptoms of grandiosity, lack of judgment and insight, and depression. The comparison between the control subjects and the patients showed that the latter had worse self-esteem, although it was within normalized values in a high percentage. Discussion: The results obtained enable us to conclude that the Spanish version of the SERS-SF is a good test for evaluating the positive and negative dimensions of self-esteem in a differentiated way.

Keywords: Self-esteem, schizophrenia, scales

Introducción

En comparación con áreas como el funcionamiento cognitivo o la cognición social, la autoestima es una variable que ha recibido menos atención en la investigación sobre esquizofrenia. Sin embargo, los estudios realizados han puesto de relieve que también se trata de una variable importante por su relación con conceptos como el estigma interiorizado (Lysaker, Roe, Ringer, Gilmore & Yanos, 2012; Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs & Romem 2013) y la calidad de vida (Costa et al., 2018; Wartelsteiner et al., 2016), o su influencia como variable mediadora en el éxito de los procesos de rehabilitación y el ajuste social de los pacientes (Davis, Kurzban & Brekke, 2012; Lysaker, Ringer & Davis, 2008; Roe et al, 2003). Holding, Tarrier, Gregg y Barrowclough (2013), por ejemplo, observaron que el nivel de autoestima se relacionaba con el tiempo que los pacientes estaban sin recaídas. En su estudio, en el que encontraron una tasa de recaída de un 92% en un periodo de seguimiento de 5 años, los pacientes con una baja autoestima recaían antes que aquéllos con una autoestima alta, por lo que concluyeron que una autoestima favorable puede actuar como factor de protección. Investigaciones como la de Kao et al. (2017) vinculan la autoestima con la resistencia al estigma, que a su vez se relaciona con la calidad de vida y la capacidad de empoderamiento de los pacientes. Por último, Jones, Hansen, Moskvina, Kingson y Turkington (2010) han observado que los pacientes con alta autoestima manifiestan sentimientos de confianza y optimismo, muestran mayor capacidad de adaptación y tienen más probabilidad de éxito en un empleo. Sin embargo, los pacientes con baja autoestima informan de sentimientos de soledad, adoptan una actitud defensiva en sus relaciones con los demás, experimentan mayor ansiedad e infravaloran sus propias capacidades.

Asimismo, diferentes estudios han valorado la relación entre la autoestima y los síntomas de tipo positivo, proponiéndose en general dos explicaciones sobre la

asociación entre ambas variables. Por un lado, el equipo de Bentall sostiene que los delirios de tipo paranoide son el resultado de un mecanismo psicológico de defensa que

protege a los pacientes de sentimientos de baja autoestima (Bentall et al., 2008; Kinderman & Bentall, 1996). En apoyo a esta idea, se ha observado que una pérdida en el nivel de autoestima, así como mayor inestabilidad en la valoración sobre uno mismo, se asocian con un aumento de ideas paranoides (Erikson & Lysaker, 2012; Jongeneel, Pot-Kolder, Counotte, van der Gaag & Veling, 2018; Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os & Myin-Germeys, 2008). Por otro lado, el equipo de Garety defiende que la autoestima contribuye a la formación y mantenimiento de delirios y alucinaciones que son coherentes con el nivel de autoestima que presenten los pacientes, sin que haya una función defensiva de los síntomas (Freeman et al, 1998; Freeman & Garety, 2003; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001). En este sentido, investigaciones como la de Smith et al (2006) han encontrado que una baja autoestima se relaciona con una mayor gravedad de alucinaciones auditivas de contenido negativo y delirios de persecución, mientras que una alta autoestima se relaciona con una mayor gravedad de delirios de grandeza. Al margen de estas teorías, una baja autoestima también se ha relacionado con más síntomas de desorganización y mayores niveles de psicopatología en general (Justo, Risso, Moskowitz & Gonzalez, 2018).

Por todos estos motivos, diferentes autores consideran que el entrenamiento en autoestima debería incluirse en los protocolos de tratamiento de la esquizofrenia (Benavides, Brucato & Kimhy, 2018; Costa et al., 2018), ya que una buena autoestima puede actuar como factor de protección en la evolución de la enfermedad (Benavides et al., 2018; Jongeneel et al., 2018).

La investigación realizada también ha comparado el nivel de autoestima de los pacientes con esquizofrenia con el de población no clínica. Los resultados obtenidos no son concluyentes. Algunos autores mantienen que los pacientes tienen una pobre autoestima (Freeman et al, 1998; Hall & TARRIER, 2003; Lecomte, Corbière & Laisné, 2006; Lincoln, Mehl, Kesting & Rief, 2011; Romm et al, 2011), debido, entre otros factores, al hecho en sí de tener una enfermedad mental o requerir un ingreso psiquiátrico (Birchwood & Iqbal, 1998; Iqbal, Birchwood, Chadwick & Trower, 2000). Sin embargo, otros autores no han encontrado diferencias significativas en comparación con baremos de población normalizada o con sujetos control (Berge & Ranney, 2005; Costa et al., 2018; Justo et al., 2018; Kao et al., 2017; Ringer, Buchanan, Olesek & Lysaker, 2014). Las diferencias en los resultados podrían deberse al estado clínico de los pacientes en el momento del estudio, ya que como se apuntaba anteriormente diferentes autores han encontrado que pacientes con sintomatología activa tienen una autoestima más alta (Lyon et al, 1994; Smith et al, 2006). Cella, Swan, Medin, Reeder y Wykes (2013) también relacionan la autoestima con la conciencia sobre los propios déficit cognitivos, de manera que los pacientes que son más conscientes de sus déficit presentan una peor autoestima. Estos autores proponen que hay que tener esto en cuenta en las intervenciones que trabajan las habilidades de metacognición, ya que la mejora en estas habilidades podría afectar negativamente a la autoestima.

Otra explicación podría encontrarse en el uso de diferentes instrumentos de evaluación de la autoestima. Una de las pruebas más utilizadas es la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), que ofrece una medida global y estable de esta variable. Sin embargo, algunos autores consideran que en población clínica es mejor diferenciar entre una dimensión positiva y una dimensión negativa de la autoestima, por lo que desaconsejan el uso de la RSES para su uso en la clínica

(Barrowclough et al, 2003; Lecomte et al, 1999; Lecomte et al, 2006; Torrey, Mueser, McHugo & Drake, 2000). Entre las escalas que valoran las dos dimensiones de la autoestima se encuentra la Self-Esteem Rating Scale (SERS; Nugent & Thomas, 1993). La SERS está compuesta por 40 ítems, 20 para la dimensión positiva y 20 para la dimensión negativa. Lecomte et al. (2006) desarrollaron una versión reducida de 20 ítems (SERS-SF), 10 por cada dimensión.

El objetivo principal del presente estudio consiste en adaptar y validar la SERS-SF al español. También se plantea analizar la relación entre síntomas y autoestima y comparar el nivel de autoestima de los pacientes con esquizofrenia y los sujetos control.

Método

Participantes

En el estudio participaron un total de 370 sujetos: 328 seleccionados de la población general y el resto (n= 42) pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo realizado por su psiquiatra del Servicio Cántabro de Salud. Los criterios de inclusión para ambas muestras fueron tener una edad entre 18-65 años y no presentar un diagnóstico de trastorno orgánico o discapacidad intelectual. En el caso de los sujetos de la población general tampoco debían tener diagnóstico de trastorno mental.

Para recoger la información de los sujetos control se diseñó una página web de libre acceso, que se difundió por redes sociales y correo electrónico. De los 328 sujetos que participaron en el estudio, el 72.26% fueron mujeres, con una edad entre 30 y 39 años (33.23%) y estudios universitarios (80.18%). En el caso de los pacientes, la prueba se pasó en persona en formato de lápiz y papel. Los 42 participantes eran pacientes ambulatorios que acudían al Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni de Santander, España. Todos estaban en tratamiento con medicación antipsicótica y recibían un entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, entrenamiento cognitivo y actividades de la vida diaria. La mayoría de la muestra se caracterizó por ser mujer (52.38%), con una edad entre 30 y 39 años (54.70%) y estudios secundarios (69.03%). En la Tabla 1 se especifican las características de las dos muestras.

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas

	Controles (n = 328)	Pacientes (n = 42)	X ²
Sexo			
Varón	91 (27.74%)	20 (47.62%)	
Mujer	237 (72.26%)	22 (52.38%)	5.14*
Edad			
18-29	87 (26.52%)	3 (7.14%)	
30-39	109 (33.23%)	23 (54.76%)	12.51*
40-49	88 (26.83%)	9 (21.43%)	
50-64	44 (13.41%)	7 (16.67%)	
Estudios			
Primarios	8 (2.44%)	8 (19.05%)	
Secundarios	57 (17.38%)	29 (69.05%)	82.92**

Universitarios	263 (80.18%)	5 (11.90%)
		Media \pm d.t
Edad inicio enfermedad		
Años evolución		
PANSS		
Escala Positiva		12.10 \pm 5.03
Escala Negativa		14.30 \pm 4.85
Psicopatología General		26.07 \pm 8.03
Puntuación Total		51.96 \pm 13.10

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

Ambos grupos cumplieron la prueba en dos ocasiones, con una diferencia de 15 días entre administraciones. En la administración retest participaron un total de 204 sujetos control y de 40 pacientes.

Instrumentos

Autoestima

Se utilizaron dos pruebas de autoestima: la SERS-SF y la RSES. La SERS-SF (Lecomte et al., 2016) es una prueba de 20 ítems formada por dos subescalas: autoestima positiva y autoestima negativa, cada una de ellas compuesta por 10 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 7 opciones (nunca, raramente, pocas veces, algunas veces, bastantes veces, casi siempre, siempre). Las dos escalas tienen una puntuación de 10 a 70 y de -10 a -70 respectivamente, y en ambos casos a mayor puntuación mayor autoestima positiva o negativa. En consecuencia, una buena autoestima se caracterizaría por una alta puntuación en la escala positiva y una baja puntuación en la escala negativa. Las escalas positiva y negativa tienen una consistencia interna de .91 y .87 respectivamente, y una fiabilidad test-retest de .90 y .91.

La RSES (Rosenberg, 1965) está compuesta por 10 ítems que valoran el grado de acuerdo respecto a una serie de afirmaciones en una escala Likert de 4 opciones (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo). La puntuación va de 10 a 40, siendo 25 la puntuación de corte que indica una buena o mala autoestima. Si bien incluye 5 frases positivas y 5 negativas, la prueba se considera una medida global de la autoestima. La RSES ha mostrado buenas propiedades psicométricas en población española, con una consistencia interna de .87 y una fiabilidad test-retest de .72 (Vázquez-Morejón, Jiménez García-Bóveda & Vázquez-Morejón Jiménez, 2004). La RSES se utilizó para analizar la validez de criterio.

Psicopatología

Para valorar la psicopatología se utilizó la Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987), en la versión española de Peralta y Cuesta (1994). Se trata de una prueba de 30 ítems que valora la sintomatología positiva, negativa y la psicopatología general. Todos los síntomas se valoran en una escala tipo Likert, que va de 1 (ausente) a 7 (extremo). Las escalas positiva y negativa están compuestas por 7 ítems cada una, por lo que el rango de puntuación va de 7 a 49 para ambas. Por su parte, la psicopatología general se valora mediante 16 ítems, por lo que el rango de puntuación está entre 16 y 112. La consistencia interna para cada una de las escalas (positiva, negativa y psicopatología general) es de .62, .92 y .55, mientras que la fiabilidad interjueces muestra unos valores de .71, .80 y .56 respectivamente.

La PANSS sólo se aplicó a la muestra de pacientes.

Procedimiento

Para llevar a cabo la adaptación y validación de la SERS-SF el primer paso fue traducir la prueba original del inglés al español. La traducción se realizó de forma independiente por tres profesionales especializados en temas de salud mental. Se comparó cada traducción y se seleccionó una versión de la prueba (ver Anexo 1), de la que se realizó una retrotraducción por una persona licenciada en filología inglesa, y ajena al primer grupo de traductores. Tanto la versión española como la versión retrotraducida fueron supervisadas y aprobadas por una de las autoras de la versión reducida de la SERS, la doctora Lecomte. La SERS-SF se tradujo al español como Escala de Valoración de la Autoestima (EVA).

Una vez terminado el proceso de traducción, se valoraron las propiedades psicométricas de la EVA, tanto con los sujetos control como con los pacientes. En primer lugar, se valoró si en la versión en español también se mantenían las dos dimensiones de la prueba original. También se analizaron la consistencia interna, la fiabilidad test-retest y la validez de criterio. Asimismo, en ambas muestras se valoró la relación de la EVA con las variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel educacional), y en el caso de los pacientes también con la sintomatología.

Análisis estadísticos

Para ver si se confirmaba la existencia de dos dimensiones de la autoestima se utilizó un análisis factorial confirmatorio con rotación varimax. La consistencia interna se valoró mediante el alfa de Cronbach, y la fiabilidad test-retest y la validez de criterio con el coeficiente de correlación de Pearson.

La relación con el sexo se analizó mediante la chi cuadrado, mientras que para valorar la relación con las variables edad y nivel educacional se utilizó la prueba ANOVA de un factor. Por último, la relación entre la psicopatología y la autoestima se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Las diferencias en el nivel de autoestima entre las dos muestras se valoraron con la prueba *t* de diferencia de medias para muestras independientes.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el SPSS, versión 22.0

Aspectos éticos

Todos los pacientes recibieron una hoja de información con los objetivos del estudio y firmaron un documento de consentimiento informado para participar en el mismo. Asimismo, tanto este documento como el propio diseño del estudio fueron aprobados por el Comité de Ética del Centro Hospitalario Padre Menni de Santander.

Resultados

Muestra de sujetos control

En la muestra de sujetos control el análisis factorial confirmó la existencia de dos factores, que explicaban un 46,09% y un 10% de la varianza. El primer factor estaba compuesto por los ítems que valoran los aspectos negativos de la autoestima, mientras que el segundo factor se componía de los ítems que valoran los aspectos

positivos (ver Tabla 2). El resto de los análisis estadísticos se llevaron a cabo con cada factor por separado, denominados escala positiva y escala negativa respectivamente.

El coeficiente alfa de Cronbach fue de .91 tanto para la escala positiva como para la negativa. Las dos escalas mostraron una buena fiabilidad test-retest (escala positiva: $r=.86$, $p<.001$; escala negativa: $r=.92$, $p<.001$), así como una relación estadísticamente significativa con la RSES (escala positiva: $r=.50$, $p<.001$; escala negativa: $r=.67$, $p<.001$).

Respecto a la relación con las variables sociodemográficas, ni la escala positiva ni la escala negativa se relacionaron de manera significativa con ninguna de las variables analizadas (sexo, edad y nivel educacional). Dado que no había diferencias significativas en función de ninguna de las variables sociodemográficas, se calcularon unos baremos comparativos para el total de la muestra (ver Tabla 3).

Muestra de pacientes con esquizofrenia

El análisis factorial dio como resultado la existencia de 6 factores principales, si bien el factor 5 y 6 estaban compuestos por sólo dos ítems cada uno y explicaban únicamente el 5,34% y el 4,88% de la varianza. Por este motivo, se decidió forzar un análisis factorial de dos factores, y la distribución de los ítems en cada factor coincidió con los dos factores obtenidos en la muestra de sujetos control (ver Tabla 2), si bien en este caso el factor 1 agrupó a los ítems positivos y el factor 2 a los ítems negativos. Cada factor explicaba el 40,80% y el 14,41% de la varianza. Con la muestra de pacientes con esquizofrenia también se realizaron los análisis de validez y fiabilidad para cada factor por separado.

Tabla 2
Análisis factorial confirmatorio de la SERS-SF

Ítems	Controles (n = 328)		Pacientes (n = 42)	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
Escala positiva				
2. Confío en mi habilidad para tratar con la gente		.80		1.16
4. Me parece que a la gente le gusta hablar conmigo		.81		1.90
5. Creo que soy una persona muy competente		.69		.91
6. Cuando estoy con otras personas, tengo la impresión de que les agrada mi presencia		.71		.87
7. Creo que causo buena impresión en los demás		.75		.84
8. Confío en que puedo iniciar nuevas relaciones si quiero		.90		.90
11. Creo que mis amigos me encuentran interesante		.87		1.15
12. Creo que tengo buen sentido del humor		.68		.80
14. Mis amigos me valoran mucho		.68		1.17
19. Creo que la gente se siente a gusto conmigo		.82		.99
Escala negativa				
1. Siento que los demás hacen las cosas mucho mejor que yo	.64			.52
3. Siento que es probable que fracase en las cosas que hago	.73			.73
9. Me avergüenzo de mí mismo	.98			.98
10. Me siento inferior a los demás	1.01			.93
13. Me enfado conmigo mismo por mi forma de ser	.94			1.04
15. Tengo miedo de parecer estúpido a los demás	1.16			1.01
16. Desearía poder desaparecer cuando estoy rodeado de gente	.76			1.05
17. Creo que si pudiera ser como los demás, me sentiría mejor conmigo mismo	.96			1.54
18. Creo que me dejo pisotear más que otros	.87			.83
20. Desearía ser otra persona	.85			1.17

El coeficiente alfa de Cronbach fue de .92 para la escala positiva y de .85 para la escala negativa. También se obtuvieron buenos valores de fiabilidad test-retest para las dos escalas (escala positiva: $r=.92$, $p<.001$; escala negativa: $r=.91$, $p<.001$), y ambas mostraron una relación estadísticamente significativa con la RSES (escala positiva: $r=.50$, $p=.001$; escala negativa: $r=.47$, $p=.002$). Como en el caso de los sujetos control, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los pacientes en función de ninguna de las variables sociodemográficas analizadas.

En cuanto a la relación con la sintomatología, la única relación estadísticamente significativa que se encontró fue entre la escala positiva de la EVA y el ítem G12 de la PANSS sobre ausencia de juicio e introspección ($r=.40$, $p=.027$). Para realizar un análisis más detallado entre autoestima y sintomatología, en primer lugar se procedió a dicotomizar la muestra de pacientes en función del nivel de autoestima que presentaban, tomando como punto de corte la puntuación directa equivalente a los percentiles 15 y 85 de los baremos desarrollados con los sujetos control (Ardila y Ostrosky, p.25). Por tanto, una baja autoestima equivalía a puntuaciones iguales o inferiores a 44 en la escala positiva, e iguales o superiores a -36 en la escala negativa (ver Tabla 3). De esta manera, se quería analizar si había diferencias en síntomas entre pacientes con buena o mala autoestima. La relación con los síntomas se valoró mediante la prueba t de diferencia de medias para muestras independientes. Sólo se obtuvieron relaciones significativas entre la escala positiva y el ítem G6 de la PANSS, que hace referencia al nivel de depresión. En este caso, los pacientes con una baja autoestima en la escala positiva tenían una puntuación media significativamente mayor en el ítem de depresión que los pacientes con una autoestima normal en dicha escala ($t(28)=2.912$, $p=.007$, $d=1.21$). No hubo diferencias significativas en ningún ítem de la PANSS entre los pacientes con una alta autoestima y una autoestima normal en la escala negativa de la EVA.

Tabla 3
Baremos comparativos para los sujetos control (n = 328)

Escala positiva ^a		Escala negativa ^b	
Puntuación directa	Percentil	Puntuación directa	Percentil
69-70	99	≥ -55	99
64	95	-43	95
62	90	-40	90
61	85	-36	85
60	80	-33	80
59	75	-31	75
58	70	-29	70
57	65	-27	65
56	60	-26	60
55	55	-25	55
54	50	-24	50
53	45	-23	45
52	40	-22	40
51	35	-21	35
50	30	-20	30
48	25	-19	25
47	20	-18	20
44	15	-17	15
42	10	-16	10
38	5	-14	5
≤ 29	1	≤ -11	1

Nota: ^a Una puntuación más alta se corresponde con una mejor autoestima positiva

^b Una puntuación más alta se corresponde con una peor autoestima negativa

En segundo lugar, se procedió a la inversa y se valoró si había diferencias en el nivel de autoestima en función de la presencia o no de los síntomas. Para ello se dividió la muestra en dos grupos: ausencia del síntoma (puntuaciones directas de 0 a 2 en la PANSS), y presencia del síntoma (puntuaciones directas de 3 a 7). En este caso se observaron diferencias significativas en la escala positiva de la EVA en función de los ítems de la PANSS que valoran la grandiosidad (P5) y la ausencia de conciencia de enfermedad (G12). En el primer caso, los pacientes con presencia de ideas de grandeza presentaron mejor autoestima que aquéllos que no tenían este síntoma ($t(28)=-2.216$, $p=.048$, $d=.80$). En el caso del ítem G12, los pacientes con falta de conciencia de enfermedad tenían puntuaciones más altas que los pacientes con buena conciencia de enfermedad ($t(28)=-2.384$, $p=.024$, $d=.80$).

Comparación entre muestras

Tomados los datos en conjunto, se encontraron diferencias significativas entre los sujetos de la población general y los pacientes con esquizofrenia en las dos pruebas de autoestima utilizadas en el estudio, la RSES y la EVA, tanto en la escala positiva como en la escala negativa. Los resultados se muestran en la tabla 4.

Sin embargo, como se puede ver en la tabla 4 la puntuación media de los pacientes en la RSES está por encima del punto de corte indicativo de una baja autoestima. De hecho, teniendo en cuenta las puntuaciones en la RSES tan sólo el

28.12% de la muestra tiene una baja autoestima. De igual manera, tomando de nuevo como referencia los percentiles 15 y 85 de las escalas positiva y negativa de la EVA, el 43.8% de los pacientes tiene una puntuación dentro de valores normalizados en la escala positiva (puntuación directa superior a 44), porcentaje que sube al 68.8% en la escala negativa (puntuación directa inferior a -36).

Tabla 4

Diferencias en autoestima entre población control y pacientes

	Controles (n = 328)	Pacientes (n = 42)	t	d
	(media ± dt)			
RSES	32.35 ± 4.47	27.25 ± 7.13	4.90**	.85
EVA				
Escala positiva	52.97 ± 8.22	42.91 ± 11.31	6.37**	1.01
Escala negativa	-25.81 ± 9.55	-31.63 ± 10.60	3.25**	-.57

Nota: ** $p < .01$

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal del presente estudio consistió en validar en español la forma abreviada de la Self-Esteem Rating Scale, que se ha traducido como Escala de Valoración de la Autoestima (EVA). La EVA ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, tanto en la muestra de sujetos control como en el grupo clínico. El análisis factorial realizado coincidió con los resultados obtenidos en las versiones en inglés y francés de la prueba (Lecomte et al., 2006), y confirmó que se trata de una prueba adecuada para valorar la dimensión positiva y la dimensión negativa de la autoestima mediante dos subescalas distintas. Ambas subescalas, positiva y negativa, mostraron buenos valores de consistencia interna y de fiabilidad test-retest, así como valores aceptables de validez de criterio.

Como se apuntaba en la introducción, una de las pruebas más utilizadas para valorar la autoestima, tanto a nivel nacional como internacional, es la RSES. Sin embargo, en opinión de algunos autores (Barrowclough et al., 2003; Lecomte et al., 1999; Lecomte et al., 2006; Torrey et al., 2000;) esta prueba proporciona una medida global y estable de la autoestima que resulta poco útil para su utilización con poblaciones clínicas, en especial para recoger posibles cambios derivados de intervenciones terapéuticas destinadas a mejorar esta variable. En su lugar, proponen el uso de escalas como la EVA, que proporcionan una valoración diferenciada de los rasgos positivos y negativos de la autoestima. En apoyo a este planteamiento, Barrowclough et al. (2003) observaron que los pacientes con esquizofrenia pueden presentar de manera simultánea altas puntuaciones en escalas que valoren tanto la autoestima positiva como la autoestima negativa; es decir, que pueden tener una alta autoestima positiva y una alta autoestima negativa al mismo tiempo. Estos datos podrían tomarse como prueba de que los pacientes con esquizofrenia no realizan una valoración global y uniforme de su autoestima (se entendería por una valoración uniforme tener una alta puntuación en rasgos positivos de autoestima y una baja puntuación en rasgos negativos, o bien a la inversa). Los datos obtenidos en el presente estudio apoyarían esta conclusión, ya que el 43.75% de los pacientes con esquizofrenia realizaron una evaluación no uniforme de su autoestima, frente a solo el 15.54% de los sujetos control.

Como se muestra en la Figura 1, la principal diferencia entre controles y pacientes se da en la columna baja-baja, que indica que tanto en la escala positiva como en la escala negativa se han obtenido bajas puntuaciones. Recordar que en la escala positiva una baja puntuación refleja una mala autoestima; sin embargo, en la escala negativa equivale a una autoestima dentro de valores normales.

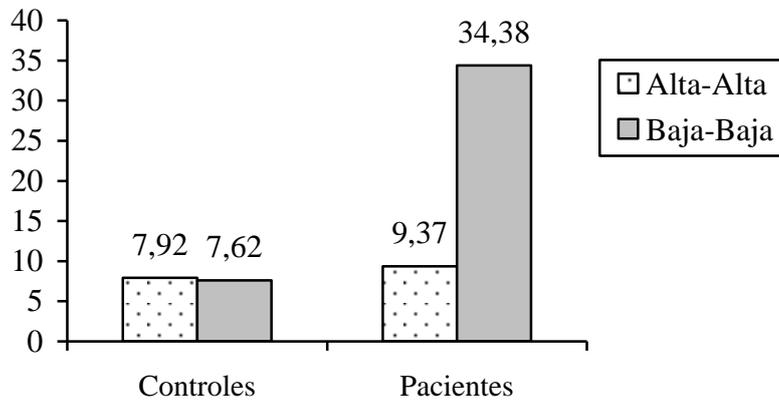


Figura 1. Porcentaje de pacientes y sujetos control que realizan una valoración no uniforme de su autoestima

Respecto a la relación entre autoestima y psicopatología, los resultados obtenidos ofrecen relaciones aisladas entre la autoestima positiva y síntomas específicos como los delirios de grandeza, el nivel de depresión y la conciencia de enfermedad (ítems P5, G6 y G12 de la PANSS). En cuanto a los delirios de grandeza, los pacientes con presencia de este síntoma fueron los que tuvieron una mayor puntuación en la escala positiva de la EVA. Este dato está en consonancia con resultados previos (Smith et al., 2006) y apoyaría de manera parcial la hipótesis del equipo de Garety (Freeman y Garety, 2003; Garety et al., 2001) sobre la congruencia entre el contenido de las ideas delirantes y el nivel de autoestima. El hecho de que el conjunto de la muestra de pacientes presente un bajo perfil de sintomatología (ver tabla 1), y de que se trate de un estudio transversal, hace que esta conclusión deba ser tomada con precaución. Los resultados respecto a la relación entre el nivel de depresión y la escala positiva de la EVA apoyan los datos encontrados por Karatzias, Gumley, Power y O'Grady (2007), que concluyen que una baja autoestima puede estar relacionada con el desarrollo y mantenimiento de síntomas de tipo ansioso y afectivo. En este caso, los pacientes con una autoestima positiva más baja presentaron un mayor nivel de depresión.

Por último, y en consonancia con investigaciones anteriores (Aghababian, Auguier, Baumstarck-Barrau & Lançon, 2011; Lysaker et al., 2013), la asociación observada entre la escala positiva de la EVA y el ítem ausencia de juicio e introspección indica que los pacientes con buena conciencia de enfermedad realizan una peor valoración de aspectos positivos de sí mismos. Partiendo de lo comentado en la introducción sobre la relación entre la autoestima y el éxito en los procesos de rehabilitación, este dato pondría de relieve la importancia de tener en cuenta la posible repercusión sobre la autoestima de los programas dirigidos a aumentar la conciencia de enfermedad. Si bien es indudable la importancia de que los pacientes acepten y

reconozcan que tienen una enfermedad y las consecuencias derivadas de la misma, también sería importante acompañar este tipo de intervenciones con programas que refuercen o mejoren la autoestima. Algunos de estos programas ya han mostrado su efectividad para aumentar el nivel de autoestima de los pacientes con esquizofrenia (Borras et al., 2009; Hall & Tarrier, 2003; Lecomte et al., 1999). A diferencia de los resultados obtenidos por otros autores (Barrowclough et al., 2003), no se han observado relaciones significativas entre la autoestima positiva y los síntomas de tipo negativo.

Por otro lado, los datos del presente estudio apoyarían que los pacientes con esquizofrenia tienen peor autoestima que los sujetos control, ya que obtienen puntuaciones significativamente más bajas tanto en la RSES como en las subescalas positiva y negativa de la EVA. Sin embargo, en el caso de la RSES más de un 70% de los pacientes tuvieron una puntuación superior a la puntuación de corte (25), por lo que si bien tienen peor autoestima que los sujetos control, no se puede concluir que tengan una baja autoestima. Estos datos cambian cuando de toma como referencia la EVA. En este caso, en la subescala positiva más de la mitad de los pacientes tuvieron puntuaciones indicativas de una baja autoestima, algo que se dio en menos del 30% de la muestra en la subescala negativa. Si combinamos los datos de las dos pruebas, podríamos concluir que los pacientes con esquizofrenia realizan una buena valoración de sí mismos cuando se evalúa la autoestima de manera global, pero la utilización de pruebas que diferencian entre una dimensión positiva y una dimensión negativa de la autoestima permite una valoración más precisa. En este caso, podemos ver que los problemas de autoestima aparecen sobre todo en la dimensión positiva y no tanto en la dimensión negativa. Es decir, en general los pacientes no hacen una valoración negativa de sí mismos (“me siento inferior a los demás”, por ejemplo), sino que consideran que carecen de habilidades o competencias positivas. La diferencia entre los resultados obtenidos mediante la RSES o mediante la EVA, reforzaría la conveniencia de utilizar escalas que valoren de manera separada las dos dimensiones de la autoestima.

Por último, en función de los resultados del presente estudio, no parece que el sexo, la edad o el nivel educacional sean variables que se relacionen de manera significativa con la autoestima, ni en los sujetos control ni en los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, en el caso de la muestra de pacientes conviene tomar estos datos con cautela, ya que como se puede ver en la Tabla 1 sólo 3 de los sujetos tenían una edad comprendida entre los 18 y los 29 años, o sólo 5 sujetos tenían estudios universitarios.

En futuras investigaciones sería conveniente analizar con más detalle las posibles diferencias entre los pacientes que mantienen un nivel de autoestima normalizado y aquéllos con una baja autoestima positiva o una alta autoestima negativa. También podría resultar de interés valorar por qué los pacientes con esquizofrenia realizan, en comparación con los sujetos control, una valoración desigual de su autoestima, mientras que los sujetos control tienden a hacer una valoración más uniforme de su nivel de autoestima.

La principal limitación del estudio es el tamaño de la muestra de los pacientes con esquizofrenia, así como el bajo perfil de sintomatología presente y el hecho de que todos los pacientes acudieran a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. Por este motivo, los datos obtenidos no pueden generalizarse a muestras con otras características, como pacientes hospitalizados o con mayor nivel de sintomatología. Asimismo, al tratarse de un estudio transversal hay que tomar con precaución las relaciones encontradas con los síntomas que se han especificado.

Referencias

- Aghababian, V., Auquier, P., Baumstarck-Barrau, K., & Lançon, C. (2011). Relationship between insight and self-reported quality of life among schizophrenic patients. *Encephale*, 37(3), 162-171. doi: 10.1016/j.encep.2010.08.011
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Retrieved from: http://medina-psicologia.ugr.es/moodle/file.php/7/moddata/forum/15/1324/Ardila_Ostrosk.y_Guia_para_el_Diagnostico_Neuropsicologico.pdf
- Barrowclough, C., Tarrrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 92-99. doi: 10.1037/0021-843X.112.1.92
- Benavides, C., Brucato, G., & Kimhy, D. (2018). Self-esteem and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Journal of Nervous Mental Disease*, 206(6), 433-438. doi: 10.1097/NMD.0000000000000824
- Bentall, R. P., Rowse, G., Kinderman, P., Blackwood, N., Howard, R., Moore, R., Cummins, S., & Corcoran, R. (2008). Paranoid delusions in schizophrenia spectrum disorders and depression: the transdiagnostic role of expectations of negative events and negative self-esteem. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 375-383. doi: 10.1097/NMD.0b013e31817108db
- Berge, M., & Ranney, M. (2005). Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Management Journals*, 6(3), 139-144. doi: 10.1891/cmaj.6.3.139
- Birchwood, M., & Iqbal, Z. Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. In: Wykes, T., Tarrrier, N., & Lewis, S. (Eds). (1998). *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. pp. 81-100. New York: Willey,
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24(5), 307-316. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.003
- Cella, M., Swan, S., Medin, E., Reeder, C., & Wykes, T. (2013). Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem. *Psychological Medicine*, 44(3), 469-476. doi: 10.1017/S0033291713001189
- Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Corredeira, R. Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality life in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 267, 382-393. doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.022
- Davis, L., Kurzban, S., & Brekke, J. (2012). Self-esteem as a mediator of the relationship between role functioning and symptoms for individuals with severe mental illness: a prospective analysis of Modified Labeling theory. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 185-189. doi: 10.1016/j.schres.2012.02.003

- Erickson, M. A., & Lysaker, P. H. (2012). Self-esteem and insight as predictors of symptom changes in schizophrenia: a longitudinal study. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 6(2), 69-75. doi: 10.3371/CSRP.6.2.4
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923-947. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00104-3
- Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington P., & Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(Pt 4), 415-430. doi: 10.1192/bjp.171.5.420
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model for the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-195. doi: 10.1017/S0033291701003312
- Hall, P. L., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 317-32. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00013-X
- Holding, J. C., Tarrier, N., Gregg, L., & Barrowclough, C. (2013). Self-esteem and relapse in schizophrenia: a 5-year follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8), 653-658. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829c4ffc
- Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry*, 177, 522-528. doi: 10.1192/bjp.177.6.522
- Jongeneel, A., Pot-Kolder, R., Counotte, J., van der Gaag, M., & Veling, W. (2018). Self-esteem moderates affective and psychotic responses to social stress in psychosis : a virtual reality study. *Schizophrenia Research*, (In press).
- Jones, R. M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., & Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: a longitudinal study. *Psychosis*, 2, 218-226. doi: 10.1080/17522431003602430
- Justo, A., Risso, A., Moskowitz, A., & Gonzalez A. (2018). Schizophrenia and dissociation: its relation with severity, self-esteem and awareness of illness. *Schizophrenia Research*, (In press)
- Kao, Y. C., Lien, Y. J., Chang, H. A., Tzeng, N. S., Yeh, C. B., & Loh, C. H. (2017). Stigma resistance in stable schizophrenia : the relative contributions of stereotype endorsement, self-reflection, self-esteem and coping styles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10), 735-744. doi: 10.1177/0706743717730827
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276. doi: 10.1.1.514.5005
- Karatzias, T., Gumley, A., Power, K., & O'Grady, M. (2007). Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 371-35. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.02.005

- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(1), 106-113. doi: 10.1037/0021-843X.105.1.106
- Kunikata, H., Mino, Y., & Nakajima, K. (2005). Quality of life of schizophrenic patients living in the community: the relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*(2), 163-169. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01352.x
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A., Wilde, J., Leclerc, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(7), 406-413. doi: 10.1097/00005053-199907000-00003
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research, 143*(1), 99-108. doi: 10.1016/j.psychres.2005.08.019
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Kesting, M. L., & Rief, W. (2011). Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychosocial interventions. *Schizophrenia Bulletin, 37*(Suppl 2), S23-S32. doi: 10.1093/schbul/sbr066
- Lysaker, P. H., Ringer, J. M., & Davis, L. W. (2008). Associations of social anxiety and self-esteem across six months for persons living with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(2), 132-134. doi: 10.2975/32.2.2008.132.134
- Lysaker, P. H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E. M., & Yanos, P. T. (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological Services, 9*(3), 240-247. doi: 10.1037/a0027740
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics, 13*(7), 785-793. doi: 10.1586/14737175.2013.811150.
- Nugent, W., & Thomas, J. (1993). Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research and Social Work Practice, 3*, 208-218. doi: 10.1177/104973159300300205
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 22*(4), 171-177. Retrieved from <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/433/pdf/8-panss.pdf>
- Ringer, J. M., Buchanan, E. E., Olesek, K., & Lysaker, P. H. (2014). Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: associations with self-esteem and hope. *Psychology and Psychotherapy, 87*(2), 209-221. doi: 10.1111/papt.12012
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(1), 45-49. doi: 10.1097/01.NMD.0000044445.03065.AA

- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Hansen, C. F., Haug, E., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive symptom in early psychosis. *BMC Psychiatry, 11*, 136. doi: 10.1186/1471-244X-11-136
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R., & Romem, P. (2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 27*(5), 231-234. doi: 10.1016/j.apnu.2013.05.002
- Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: link between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research, 86*(1-3), 181-188. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.018
- Thewissen, V., Bentall, R. P., Lecomte, T., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2008) Fluctuation in self-esteem and paranoid in the context of daily life. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(1), 143-153. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.143
- Torrey, W. C., Mueser, K. T., McHugo, G. H., and Drake, R. E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services, 51*(2), 229-233. doi: 10.1176/appi.ps.51.2.229
- Vázquez-Morejón, A., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 247-255. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmier, G., Pardeller, S., Sondermann, C., Welte, A., Fleischhacker, W.W., Uchida, H., & Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 134*(4), 360-637. doi: 10.1111/acps.12628

Fecha de recepción: 19/09/2018

Fecha de revisión: 25/09/2018

Fecha de aceptación: 06/10/2018

