

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



CENTRO DE POSGRADOS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA COHORTE 2023

Tema: “Técnicas cognitivas conductuales como intervención para fortalecer la autoestima de los adolescentes”.

Trabajo de Titulación, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel de Psicología Clínica
Mención Psicoterapia

Modalidad del Trabajo de Titulación Tesis de Postgrado

Autora: Psic. Edu. María José Álvarez Valencia

Directora: Psic. Cl. Fanny Gavilanes Manzano Mg.

Ambato – Ecuador

2023

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación, presidido por: *Lic. Angela Priscila Campos Moposita. Mg*, (DELEGADA) e integrado por los señores: (*Psi. Cli. Ismael Álvaro Gaibor González. Mg y Psi. Alba del Pilar Vargas Espín*), designados por la Unidad Académica de Titulación del Centro de Posgrados de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “Técnicas cognitivas conductuales como intervención para fortalecer la autoestima de los adolescentes” elaborado y presentado por la señorita Psic. Edu. María José Álvarez Valencia para optar por el Título de cuarto nivel de Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica Ambato.

Lic. Angela Priscila Campos Moposita. Mg.
Presidente y Miembro del Tribunal (DELEGADA)

Psi. Cli. Ismael Álvaro Gaibor González. Mg
Miembro del Tribunal

Psi. Alba del Pilar Vargas Espín. Mg
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: “Técnicas cognitivas conductuales como intervención para fortalecer la autoestima de los adolescentes”, le corresponde exclusivamente a la Psic. Edu. María José Álvarez Valencia, Autora bajo la Dirección de la Psic. Cl. Fanny Gavilanes Manzano Mg., Directora del Trabajo de Titulación, y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Psic. Edu. María José Álvarez Valencia

C.C. 180376005-5

AUTORA

Psic. Cl. Fanny Gavilanes Manzano Mg.

C.C.: 1802553428

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Psic. Edu. María José Álvarez Valencia

C.C.:1803760055

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	v
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE FIGURAS	9
CAPITULO I	14
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 INTRODUCCIÓN.....	14
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	17
1.3. OBJETIVOS.....	18
1.3.1. General.....	18
1.3.2. Específicos.....	18
CAPITULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	20
2.2. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	29
2.2.1 AUTOESTIMA.....	29
2.2.2. NIVELES DE AUTOESTIMA.....	30
2.2.3. AUTOCONCEPTO.....	32
2.2.4. TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES.....	35
CAPITULO III	39
MARCO METODOLÓGICO	39
3.1. Tipo de investigación.....	39
3.2. Población y Muestra.....	39
3.3. Prueba de Hipótesis.....	40
3.4. Aspectos éticos y de Género.....	40

3.6. Responsabilidades del participante	42
3.7. Recolección de información	42
3.5. Procesamiento de la información y análisis estadístico:.....	44
Descripción y Operacionalización de Variables	44
CAPÍTULO IV	45
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
4.1. Análisis y Discusión de los Resultados	45
4.1.1. Nivel de autoestima: ESCALA GENERAL	45
4.1.2. ESCALA SOCIAL.....	46
4.1.3. ESCALA ESCOLAR.....	47
4.1.4. ESCALA HOGAR.....	48
4.1.4. ESCALA TOTAL.....	49
4.2. Datos Sociodemográficos	50
4.3. Distribución según edad.....	50
4.4. Prueba T para muestras apareadas.	51
4.5 Prueba normal de Shapiro Wilk.....	51
4.6 Discusión.....	52
CAPÍTULO V	55
5.1. Conclusiones	55
5.2. Recomendaciones	56
CAPÍTULO VI	59
FASE DE INTERVENCION.....	59
6.1. Tema:	59
6.2. Descripción	59
6.3. Desarrollo de la intervención.....	59

Fase 1: Selección de participantes	59
Fase 2: Aplicación del pre-test.....	59
Fase 3: Intervención.....	59
Fase 4: Aplicación del post-test	62
Planificación y cronograma	62
Consideraciones adicionales.....	66
Seguimiento	66
Conclusiones.....	66
Recomendaciones	66
B. DECLARACIÓN DEL ASENTIMIENTO INFORMADO	78
ASENTIMIENTO INFORMADO.....	78
ASENTIMIENTO INFORMADO	87
89	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	89

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos Sociodemográficos.....	50
Tabla 2. Distribución según edad	50
Tabla 3. Prueba T.....	51
Tabla 4. Prueba de Shapiro Wilk.....	52
Tabla 5. Planificación de la Intervención	63
Tabla 6. Operacionalización de las Variables. Variable Independiente: Autoestima	xcii
Tabla 7. Operacionalización de las Variables Variable Dependiente Técnicas Cognitivas	xcii

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Escala General	45
Ilustración 2. Escala Social	46
Ilustración 3. Escala Escolar	47
Ilustración 4. Escala Hogar	48
Ilustración 5. Escala Total.....	

AGRADECIMIENTO

Me complace sobre manera extender a través de este trabajo, un sincero agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato y gracias a los docentes por su compromiso, apoyo y conocimiento, por sus grandes enseñanzas. Gracias a mi esposo por estar siempre ahí para mí.

A mi tutora Psi.Cli Fanny Gavilanes Manzano, por ser mi guía en mi proceso de titulación

Un agradecimiento a mis padres que compartieron más que su tiempo, compañía y apoyo.

Muchas gracias durante el trabajo de investigación.

María José Álvarez Valencia

DEDICATORIA

A Dios.

Sin él no estaría yo presente en esta vida, gracias por su infinito amor que me trajo a este punto y me dio la salud para alcanzar mis metas. También por no dejarme sola, estar siempre conmigo. **A mis abuelitos Pedro y Eduardo** Aunque ya no están físicamente conmigo pero sé que se sienten orgullosos de lo que hemos logrado hasta el día hoy. **A mí abuelita Mariana** que siempre ha estado pendiente de mí, con sus consejos y apoyo constante. **Dedicado a mi padres Narcisa y Freddy** Gracias por su apoyo siempre incondicional, por sus consejos, por sus valores, por ser mi guía mi soporte en todo lo que hago, académicamente y en vida personal y profesional. Por ser los segundos padres para mí hija cuando en mi etapa de estudiante sacrificaba mis horas junto a mi pequeña. Gracias por ser la base de toda mi formación, sobre todo los quiero y los admiro mucho **A mi esposo Iván** Gracias por demostrarme que en todo momento cuento con él, por confiar en mí y ser mi apoyo incondicional. Por quedarte al cuidado de mi pequeña cuando tenía q cumplir con mis horas académicas dentro de las aulas en mi rol de estudiante. **A mi hermana Alejandra** Por ser parte esencial en mi formación, apoyándome incondicional creyendo siempre en mí. **A mi hija Valeska.** Mi mayor regalo que Dios me envió, gracias por tu tiempo en mi formación profesional cuando te quedabas con tus ojitos tristes cuando mamá tenía que cumplir con su papel de estudiante, siempre serás mi motivación y la razón que me impulsa a superarme constantemente me enseñanzas que juntas podemos alcanzar los objetivos.

Dedicado a ustedes, todo este trabajo es posible quiero que sepan que los amo mucho y que son una parte fundamental en mi vida

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
COHORTE 2023

TEMA:

**TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES COMO INTERVENCIÓN PARA
FORTALECER EL AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES**

MODALIDAD DE TITULACIÓN: TESIS DE POSTGRADO

AUTORA: Psic. Edu. María José Álvarez Valencia

DIRECTORA: Psic. Cl. Fanny Gavilanes Manzano Mg.

FECHA: Ambato, 31 de Octubre del 2023

RESUMEN EJECUTIVO

A través de este estudio, analizamos la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales tanto en componentes individuales como en función de varias combinaciones de la variable de Autoestima en los adolescentes de una unidad educativa. El objetivo de la investigación fue evaluar la efectividad en las Técnicas Cognitivo-Conductuales mediante un análisis comparativo antes y después de la intervención terapéutica para el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 28 participantes de Octavo Año con edades comprendidas entre 12 a 15 años. El proyecto se aplicó durante el período lectivo diciembre 2022 – junio 2023 en una institución educativa de Morona Santiago, con los estudiantes del Octavo Año de Educación General Básica con baja autoestima teniendo en cuenta las diferencias significativas entre ellos: los componentes psicológicos utilizados y diferentes sociales, culturales y familiares. El estudio fue de tipo Descriptivo, de diseño cuasi experimental y de enfoque cuantitativo, con medida pre-test y post-test mediante el Inventario de Autoestima de Coopersmith que corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima como parte de las investigaciones de Coopersmith sobre las percepciones del sujeto con respecto a: sí mismo, a sus pares, a la escuela y a sus padres, el instrumento se integra por 58 ítems y fue aplicado a adolescentes que fueron intervenidos en un proceso terapéutico con las principales técnicas de la terapia cognitiva de Beck comprendidas en (a) tratamiento combinando de relajación y reconstrucción cognitiva; (b) seguido de un bloque de reestructuración cognitiva y c) modificar los patrones de conducta, de tal modo, el entrenamiento cognitivo demuestra la eficacia de estas técnicas para mejorar la autoestima de los adolescentes.

DESCRIPTORES: *autoestima, autoconcepto, psicoterapia cognitiva, reestructuración.*

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia a la intervención con Técnicas Cognitivo-Conductuales para fortalecer la autoestima de los adolescentes como una estrategia para la reducción de síntomas depresivos al identificar y modificar los componentes cognitivos desadaptativos y producir los cambios de comportamiento deseados durante la construcción de la personalidad (Acevedo & Gélvez, 2018). La importancia de una buena autoestima en la adolescencia radica en que este proceso adaptativo donde interviene la formación de la identidad sea uno de los predictores más eficaces del grado de ajuste psicológico en la edad adulta, razón por lo cual facilita a que los adolescentes tengan una buena adaptación social (Díaz y Senra, 2018).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la autoestima se relaciona estrechamente con la calidad de vida, dando un efecto positivo o negativo en la percepción de los individuos cuando sus necesidades están siendo atendidas y satisfechas o cuando se les niegan oportunidades para alcanzar la felicidad y la autorrealización, independientemente de su estado de salud o condiciones físicas, sociales y económicas en materia de salud física y mental, haciendo que la persona se rechace o acepte a si mismo (de Portela Santana et al., 2012).

Una baja autoestima es considerada como uno de los principales síntomas para el suicidio, la OMS reporta que unas 800 mil personas se suicidan cada año, lo que representa una tasa estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Las muertes por propia voluntad representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes de entre 15 a 29 años. Los adolescentes en riesgo de

suicidio pueden sufrir vulnerabilidad psicológica o mental provocada por distintos factores como depresión, problemas socioemocionales y baja autoestima, además cerca del 25% tuvieron consultas médicas previas (Ravalli et al., 2017).

La evidencia reciente sobre la problemática, de acuerdo con las cifras emitidas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sugiere que los jóvenes de 15 a 24 años declararon en el primer semestre de 2021 que a menudo sienten poco interés en realizar alguna actividad, por lo tanto, han abarcado programas de intervención psicoterapéutica en las instituciones educativas con enfoque de aprendizaje social y emocional que incluyen un actuar en toda la escuela, así como intervenciones específicas para los niños y jóvenes en riesgo, demostrando de esta manera su eficacia (UNICEF., 2022).

De particular preocupación, en Ecuador, según un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2021) la muerte por suicidio en niños de 10 y 14 años convierte al país en uno de los 10 estados con tasas más altas de suicidios a nivel mundial en este grupo de edad. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Morona Santiago es la provincia con mayor incidencia de suicidio con una tasa del 17,3% por cada 100.000 habitantes. Los adolescentes con una autoestima baja presentan dificultades para enfrentar a situaciones estresantes, siendo esto un factor de riesgo para la ideación suicida (Ospino et al., 2015).

La investigación sobre autoestima es una preocupación constante dentro de la psicología adolescente, así, este estudio constituye un diseño cuasi experimental de enfoque cuantitativo, donde todos los participantes se encontraban en edades comprendidas entre 12 y 15 años, para incrementar la fiabilidad de la medición se evaluará los niveles de autoestima realizando una comparación test-re-test frente a la intervención con las técnicas cognitivo-conductuales.

Por esta razón, el objetivo del proyecto consiste en evaluar la efectividad en las Técnicas Cognitivo-Conductuales mediante un análisis comparativo antes y después de la intervención terapéutica para el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes en el cantón Huamboya, provincia de Morona Santiago. El estudio se desarrolló por capítulos: el primer capítulo estuvo conformado por la información de la investigación y su justificación, en el capítulo II los objetivos, antecedentes investigativos y estado del arte, el III capítulo por el marco metodológico, la población y muestra, los procedimientos para la recolección y análisis de información, el capítulo IV abarca los recursos administrativos, por último, el V capítulo comprendido por los resultados y las conclusiones.

La metodología aplicada en esta investigación podría plantear varias limitaciones para la recopilación de información de las sesiones debido a la inasistencia a las sesiones terapéuticas del grupo, las mismas que incorporan una serie de técnicas cognitivo conductuales, en la primera fase se realizará 7 sesiones en un período de 3 meses, donde las 4 primeras semanas se trabajará la terapia de relajación de Jacobson, posteriormente, en la segunda fase se efectuará una reestructuración cognitiva durante 4 semanas por sesiones semanales de 2 horas, y finalmente en la tercera fase se proporcionará entrenamiento en habilidades de autoconocimiento. Posteriormente, el Comité de Postgrado de la Universidad Técnica de Ambato revisará la pertinencia del proyecto garantizando la confidencialidad, autonomía y vigencia de este.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La perspectiva de un gran avance podría contribuir al incremento del conocimiento donde radica la principal importancia en el tratamiento efectivo de la baja autoestima y autoconcepto en la adolescencia, mismo que es significativo en la práctica clínica y la conveniencia del abordaje psicoterapéutico por sus funciones psicológicas, sociales y educativas.

En términos de relevancia social, el estudio promueve investigaciones posteriores de tratamiento enfocados en la necesidad de fomentar la capacidad de aceptarse a uno mismo y favorecer positivamente la valoración en estudiantes con baja autoestima, permitiendo de esta manera el desarrollo de mejores programas de intervención y modelos multidimensionales de satisfacción con la vida de los jóvenes (Martínez et al., 2016).

Por otro lado, el alcance práctico de la investigación, cubriendo las prioridades clínicas locales ayuda a resolver los componentes cognitivos desadaptativos, ya que las impresiones que se tiene sobre uno mismo y la información que los demás reciben sobre uno mismo es equivalente. Los grupos representan y juzgan de diferentes maneras aspectos físicos, psicológicos, conductuales y sociales, mismos que están relacionados con el programa de maestría dado que tienen un componente clínico terapéutico como es la modificación cognitiva.

Como meta de esta investigación, con relación al valor teórico es revisar la literatura presente hasta el momento en el ámbito de identificación de las personas con baja autoestima que suelen quejarse de falta de realización personal, asociando esta queja a una sensación de estancamiento existencial. Así también, la finalidad de la bibliografía científica que aporta el estudio permitirá el desarrollo de futuros programas y la mejora de las estrategias clínicas, ya que los resultados serán difundidos

en revistas y artículos científicos para hacerlos accesibles a nivel local e internacional y sus publicaciones para su uso posterior según sea necesario.

El valor metodológico permite crear nuevas estrategias de abordaje desde la práctica clínica, al optimizar test psicológicos estandarizados como el Test de Coopersmith que ha sido de los más empleados en el campo profesional y conjugarlos en una abordaje integral y práctico, mejorando de esta manera las estrategias del manejo socioemocional de los estudiantes con baja autoestima, y cuyo aporte logrará tener la facilidad de replicarse implementando así programas cognitivo conductuales que permitan regular la ansiedad en cualquier institución educativa (Rivera Medina, 2022).

Para discusión adicional, el presente estudio radica en la línea de investigación de los procesos psicológicos básicos que influyen en el aprendizaje y la educación del Programa de Psicoterapia de la Maestría de Psicología Clínica.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

Evaluar la efectividad en las Técnicas Cognitivas Conductuales mediante un análisis comparativo antes y después de la intervención terapéutica para el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes.

1.3.2. Específicos

- Valorar los niveles de autoestima de los adolescentes antes de la aplicación de las Técnicas Cognitivas Conductuales.

- Intervenir con las técnicas cognitivas conductuales fortaleciendo la autoestima de los adolescentes.
- Reevaluar la autoestima posterior a la intervención mediante un re-test de autoestima.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Es importante retomar y construir con base a investigaciones previas la combinación de las patologías adolescentes sobre los problemas psicosociales que están asociados a la baja autoestima. La literatura científica, el deficiente soporte social o integración a redes sociales amplias, la inadecuada implementación de los recursos personales y el deterioro de la salud afectiva constituyen un factor de vulnerabilidad o riesgo en los jóvenes (Ospino et al., 2015).

En la actualidad, se desarrolla un creciente interés por implementar programas psicoterapéuticos eficaces correlacionando de esta manera la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales más eficientes en el campo psicológico.

En Alemania, Chung y colaboradores (2017), en un estudio con 240 individuos, con niños adolescentes y adultos de 9 a 29 años donde el objetivo fue describir el desarrollo de la autoestima basada en los resultados de los participantes a lo largo de 20 años. Los datos obtenidos mediante la aplicación del Perfil de autopercepción para niños y el Cuestionario de autodescripción III se vincularon utilizando métodos de teoría de respuesta al ítem identificando que la autoestima aumenta a medida que los sujetos entran en la edad adulta y salen de la adolescencia.

En Lambayeque - Perú, de acuerdo con Mera y Ríos (2018) al realizar una propuesta de tipo descriptivo-propositiva de un Programa Cognitivo Conductual con una muestra de 200 mujeres víctimas de violencia familiar seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional, y al ser evaluadas con la Escala de Autoestima de Stanley Coopersmith se concluyó que las mujeres

víctimas de violencia conyugal presentan niveles medios y bajos en autoestima general, así como en el área de Percepción de sí mismo y conflictos en el hogar mostraron niveles bajos de autoestima.

Saldaña y otros (2020) en Chiclayo, Perú, desarrollaron una propuesta de programa cognitivo-conductual sobre autoestima para jóvenes víctimas de violencia intrafamiliar en instituciones educativas, para ello se utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño transversal no experimental con una muestra de 207 jóvenes de 12 a 17 años. Se administró la Escala de Autoestima de Coopersmith Versión Escolar, los valores obtenidos fueron analizados con el programa estadístico Excel 2016 y los resultados arrojaron que un total del 48% de los jóvenes tienen muy baja autoestima, de igual manera, al hablar de autoconcepto se establece que el 25% tuvo una autoestima muy baja. Teniendo en cuenta los resultados presentados, se concluye que los jóvenes que han experimentado violencia intrafamiliar tienen mayor probabilidad de mostrar baja autoestima.

Asimismo, Paucarcaja (2021) mediante un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo sobre la autoestima de la población del centro de La Florida, Satipo, Perú, con una población de 60 personas de 15 años, cuyo instrumento contó con la Escala de Autoestima de Rosenberg (EA-Rosenberg) permitió identificar que la mayoría (41.7%) de los residentes de Florida tenían un nivel medio de autoestima y la mayoría (63.3%) de estas personas eran mujeres.

En Cuenca - Ecuador, según Campoverde (2019) una considerable cantidad de literatura científica ha sido publicada con el objetivo de determinar el nivel de autoestima entre los adolescentes medios y tardíos de dos instituciones educativas públicas de la zona urbana con un total de 308 estudiantes de secundaria. Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) para jóvenes de 15 a 19 años, contando con la recolección y procesamiento de la información el software IBM SPSS Statistics versión 20. Los estudios cuantitativos, exploratorios, descriptivos, transversales

concluyeron que existió un alto nivel de autoestima, con base a la prueba de chi-cuadrado cuyas frecuencias de las variables no fueron significativas ($p > 274$) en el nivel de autoestima por edad y género, sin embargo, el 49,03% de los encuestados presenta un nivel medio bajo de autoestima.

Lo propuesto por la autora Muevecela (2022), en una revisión sistemática de tipo descriptivo con base en el método Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) cuyo propósito fue determinar la eficacia de la terapia afirmativa en la depresión en adolescentes con disforia de género, identificó la existencia de pocos estudios que analizan el impacto de la psicoterapia afirmativa en la depresión en adolescentes, no obstante se demuestra la eficacia de la terapia afirmativa en la depresión con adolescentes con disforia de género y, según lo expuesto en la sección de los resultados de este estudio se concluye que permite una reducción de la sintomatología depresiva.

Un estudio realizado por Romero-Hernández, Flores-Chávez y Zambrano-Sánchez (2022) evaluó la eficacia de una intervención cognitivo-conductual y asertiva para mejorar la autoestima en estudiantes universitarios con baja autoestima. El estudio se llevó a cabo en la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Ecuador, y contó con una muestra de 100 participantes. Los resultados del estudio mostraron que la intervención fue eficaz para mejorar la autoestima de los participantes. El grupo experimental, que recibió la intervención cognitivo-conductual y asertiva, obtuvo puntuaciones significativamente más altas en la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Asertividad de Rathus que el grupo control, que recibió atención habitual.

Estos hallazgos son consistentes con los resultados de otros estudios que han demostrado la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales para mejorar la autoestima en adolescentes. Las técnicas

cognitivo-conductuales se centran en ayudar a los adolescentes a identificar y modificar los pensamientos y comportamientos negativos que contribuyen a la baja autoestima.

La investigación de López (2020), quien diseñó un programa de intervención dirigido a mejorar la autoconciencia en los casos e intervenir en la autoestima, el autoconcepto físico y competencia percibida, tuvo como objetivo general comparar los niveles de las variables antes, durante y después de la intervención. El método empleado en su estudio fue la aplicación de entrevistas estructuradas y pruebas estandarizadas, donde los análisis de resultados al realizar una comparación de las puntuaciones con los Signos de Wilcoxon para los datos cuantitativos y un Análisis Temático para los cualitativos reflejaron que las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron ayudaron a conseguir una mejora en la autoestima, las dimensiones del autoconcepto físico y la competencia percibida del participante.

Muchos autores han discutido la autoestima en adolescentes como producto de un impacto social como el acoso escolar. Ordóñez y Narváez (2020), en su estudio de tipo no experimental con un enfoque cuantitativo cuyo objetivo fue comparar a los adolescentes implicados en ambientes de acoso escolar y las consecuencias en su autoestima en una muestra conformada por 261 individuos entre los 13 y 18 años de una institución educativa. En la recolección de datos se emplearon las escalas: European Bullying Intervention Project Questionnaire para la identificación de víctimas y agresores y la escala de Autoestima de Rosenberg que valora la autoestima, los cuales permitieron evidenciar que eran los agresores quienes presentaron menores índices de alta autoestima.

El estudio de Romero (2022), cuyo objetivo fue identificar la correlación entre funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes durante la pandemia por COVID –19, para lo cual se aplicó un enfoque de investigación cuantitativo y un diseño descriptivo –correlacional donde participaron

35 adolescentes, a los cuales se realizó la aplicación de una ficha sociodemográfica y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), identificando su rango de pertenencia de funcionalidad familiar y la Escala de Autoestima de Rosenberg para medir el nivel de autoestima, estableciendo que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables.

Hañari y colaboradores (2020), en su trabajo determinó el grado de correlación entre estas variables. Contó con la participación de 261 adolescentes de edades entre 12 a 17 años a quienes se les administró el cuestionario de Comunicación Familiar Padres/Hijos de Barnes & Olson y la escala de Autoestima de Rosemberg, donde los resultados revelaron una correlación positiva media de 0.5 en la zona urbana y positiva considerable de 0.8 en zona rural y concluye que los adolescentes que presentan buen nivel de comunicación familiar conllevan a una buena autoestima e inversamente.

En el estudio de González y Campos (2020) en México revisan las intervenciones con mayor eficacia en el abordaje de la conducta depresiva concluyen que la programación parte de una teoría conductual como intervención terapéutica porque permite que las personas puedan modificar su presente a través del cambio en su comportamiento e interacción en el ambiente, lo cual hace que la Terapia Cognitiva sea una opción bastante relevante para la atención clínica que conlleva a la practicidad, empleo de pocas herramientas, un fácil entrenamiento para los clínicos, costos que involucra y un efecto duradero.

El estudio de Barrig (2020) desarrollado en Chile, sobre la duración de la psicoterapia cognitivo conductual en 84 adolescentes con trastornos mentales se observaron cambios significativos en los trastornos depresivos ($\chi^2(7) = 48,68; p < 0,05$) cuyos casos se concentran en tratamiento corto y otros trastornos que requieren tratamientos más extensos. La investigación concluyó que el

tratamiento cognitivo-conductual lleva a resultados heterogéneos en los adolescentes y que el número de sesiones que asisten para alcanzar su estabilidad se relaciona con distintas variables del contexto.

El estudio de Anastácio (2016), desarrollado en Portugal, cuyo objetivo fue caracterizar la autoestima, asertividad y resiliencia de adolescentes institucionalizados siguiendo una metodología predominantemente cuantitativa, con una muestra de conveniencia compuesta por 101 adolescentes con edades entre 11 a 21 años. Los reactivos empleados para la autoestima fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg y para asertividad y resiliencia se aplicó el Global Escala de Evaluación de la Asertividad y la Escala de Evaluación Global de la Resiliencia, previamente adaptado y validado para adolescentes y en sus resultados finales no se encontraron correlaciones entre la autoestima y el tiempo en la institución.

El fundamento de la teoría de Avilés y otros (2022) en Chile, ha mostrado que el autoestima es un fenómeno dinámico que se ve afectado por las relaciones sociales y el contexto que se desarrolla, lo que afecta la experiencia individual y escolar, en tal sentido el objetivo este trabajo buscó analizar la relación entre autoestima en niños, niñas y adolescentes y factores vinculados a la escuela, la familia y su relación entre pares, para lo cual se empleó métodos y técnicas, provistos por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que corresponden a la Primera Encuesta de Desarrollo Humano en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) realizada en Chile el año 2017. Parte desde una perspectiva cuantitativa, obteniendo como resultado que la satisfacción con la vida es la variable más importante para mejorar la autoestima de los NNA, sucedida por la percepción de Calidad educativa y Autoimagen.

El trabajo de Avilés y cols. (2022), en Ciudad de México, resalta que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento psicológico que ha mostrado su eficacia en pacientes que manifiestan depresión. El objetivo de su estudio fue implementar la aplicación de un programa de psicoterapia cognitivo conductual breve en pacientes con depresión con una muestra conformada de 96 pacientes con depresión, a quienes se les dedicó la psicoterapia cognitivo conductual breve, mostrando resultados significativos en la disminución de la sintomatología depresiva antes y después del tratamiento con un enfoque preexperimental se contó con la verificación de t de Student valorado en 37.24 y un nivel de significancia de 0.001, concluyendo en la importancia de aplicar la psicoterapia cognitivo conductual en pacientes con depresión por la eficacia que ha mostrado el tratamiento.

Muchos investigadores como González y otros (2017) han discutido la aplicación de las Terapias Cognitivo Conductuales a través de su investigación documental de tipo monográfico y de naturaleza analítica y crítica, su unidad de análisis fueron 24 libros y 45 artículos sustentando su enfoque terapéutico en tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento), enfatizaron que la terapia debe ser enfocada en forma activa y directiva a través de una buena psicoeducación y tareas enviadas a casa para que los resultados sean visibles y se cumpla con el propósito de un empirismo colaborativo. Además, añaden que la Terapia cognitivo conductual presenta algunas dificultades en su evaluación por los resultados durante la fase de reestructuración cognitiva siendo insuficiente para los resultados deseados, a su vez, es preciso analizar el nivel avanzado de disfunción cognitiva por lo que se insiste en el entrenamiento de terapeutas y caracterización del paciente.

La evidencia reciente de Sahandri y colaboradores (2019) en Técnicas Cognitivas, para evaluar la influencia de la reestructuración cognitiva y la capacitación en habilidades de estudio sobre la ansiedad ante los exámenes y el rendimiento académico en 94 estudiantes de secundaria para recibir una reestructuración cognitiva CRT). Emplearon el Trait Anxiety Inventory (STAI) y se evidenció que el efecto de las intervenciones grupales psicoeducativas sobre los mediadores mostró un efecto negativo significativo en el seguimiento de la ansiedad estado ($B \text{ patha1} = -3.6774$, $p < 0.05$), llegando a la conclusión de que la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades de estudio son tratamientos efectivos para la ansiedad ante los exámenes y el rendimiento académico en estudiantes de secundaria.

Por otro lado, Gabalda (2020) describe las diferencias y correlaciones principales entre las terapias cognitivas de reestructuración, las constructivistas y las contextuales, desde una perspectiva ontológica y epistemológica donde se esclarece que actualmente la terapia de reestructuración cognitiva modernista donde la meta será la de convertir al ser humano en un científico, en donde el paciente como científico debe modificar los patrones erróneos de pensamientos, sus creencias y supuestos desadaptativos, corrigiendo el procesamiento distorsionado de la información, concluyendo en que las terapias se definen por lo que aportan.

Para finalizar, Castro (2016) en Venezuela, con el propósito de determinar el efecto de un programa de reestructuración cognitivo conductual en el autoconcepto del adolescente empleando la Terapia Cognitiva de Beck, elaboró un estudio de tipo cuasi experimental con una muestra conformada por 20 adolescentes. Como instrumento se empleó el Coopersmith llegando a un valor “t” de 80,106 con un nivel de significancia de 0,000, donde se evidencia la efectividad del programa

reestructuración cognitiva conductual en el desarrollo del autoconcepto positivo y cambios en el mismo.

2.2. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

2.2.1 AUTOESTIMA

DEFINICIONES.

Coopersmith citado en Ribes (1972), define la autoestima como la valoración propia de una persona. Es una experiencia subjetiva que se expresa en las actitudes que la persona tiene hacia sí misma. Estas actitudes pueden ser positivas o negativas, y se manifiestan en su comportamiento.

La definición de Villalobos (2019), menciona que la autoestima corresponde a la evaluación positiva o negativa que una persona tiene de sí misma. Es la predisposición del deseo de vida para satisfacer las propias necesidades y sentirse capaz de hacer frente a los desafíos. Según este autor, la autoestima está determinada por dos dimensiones principales:

"Autoeficacia" o eficacia personal:

Es la confianza en la capacidad del pensamiento como su evaluación, selección y proceso de decisión con la confianza en las habilidades y la capacidad de comprender la realidad conociendo sus propias necesidades.

Sentido de valor personal o autoestima:

Es una garantía de la propia valía y una actitud afirmativa hacia el derecho a la vida y a la felicidad. Sentirse cómodo expresando sus pensamientos, deseos y necesidades apropiadamente; sentir que la alegría es un derecho de nacimiento.

Rosenberg (citado en López, 2020) identifica a la autoestima como una actitud general que refleja la opinión que la persona tiene de su valor y significado. Este concepto se mide por la

diferencia o concordancia entre los ideales de un individuo y su comportamiento, cuanto más parecidos son, mayor es la autoestima, misma que es un pilar de la personalidad y se forma principalmente durante la adolescencia.

Chávez y Peralta (2019) ratifican que la autoestima es la consideración que un sujeto tiene de sí y contiene dos aspectos complementarios: la íntima convicción del propio valor como persona y la percepción de una competencia personal, aspectos que se pueden traducir en el ser y en el hacer del sujeto. Además, se han planteado cuestiones acerca de que la educación superior eleva la autoestima principalmente de las mujeres.

Recientemente, Campoverde (2019) en una revisión teórica del estado actual de la autoestima en la adolescencia, concluye que los niveles de autoestima son estables en la infancia, pero los cambios comienzan a aflorar en la adolescencia. De acuerdo con el autor, los hombres que consiguen logros personales tienen una autoestima alta, mientras que la autoestima de las mujeres depende de cómo las perciban los demás.

2.2.2. NIVELES DE AUTOESTIMA

Autoestima alta:

Este concepto ha sido definido por Coopersmith en 1981, donde afirma que una persona con la mejor autoestima tiene las siguientes características: una visión de sí mismo y de sus capacidades, es realista y positivo, no necesita la aprobación de los demás, no se considera mejor que nadie, expresa libremente sus sentimientos y emociones, afronta los nuevos retos con optimismo, trabaja para superar el miedo y asumir la responsabilidad.

Además, una persona con alta autoestima sabe aceptar el fracaso y es creativo e innovador, tiene una visión positiva y optimista de la vida, acepta bien la responsabilidad con una mejor capacidad de escucha de los demás y posee equilibrio emocional para disfrutar de las situaciones sociales, tiene confianza en sí mismo, mayor humor y creatividad, menos miedo al riesgo y al fracaso, lo que mejora su rendimiento (Mera y Ríos, 2018).

La alta autoestima se asocia con personas que participan más activamente en la vida, se sienten en control de su entorno, se preocupan menos y son más capaces de resistir la presión interna o externa y reaccionar ante las críticas, es menos sensible, más sano, disfruta de las relaciones, así como valora la independencia (Cantú et al., 1993).

Autoestima media:

Coopersmith también afirma el hecho de que las personas con autoestima promedio tienden a ser optimistas, elocuentes y receptivas a las críticas, tienen un sentido de autoestima más seguro con relación a su valor personal y suelen depender de la aceptación social por naturaleza. En las interacciones sociales adopta una postura activa y busca reconocimientos y experiencias que enriquezcan su autoestima (Mera y Ríos, 2018).

Autoestima baja:

La baja autoestima se define como una dificultad que enfrenta una persona para sentirse valiosa y siente que no vale la pena ser amado por los demás. Las personas con baja autoestima a menudo buscan confirmación y ser reconocido por los demás, siendo esto una dificultad para ser uno mismo (Cordero Zambrano, 2019).

Los principales afectados por una baja autoestima son los adolescentes, debido a diversos factores como la comunicación, respeto, amor en la familia, por lo que destruyen relaciones, se paralizan por el miedo que nunca alcanzarán su potencial, razón por la que llegan a presentar un sentimiento de impotencia y frustración (Villalobos, 2019). Durante la adolescencia, la baja autoestima hace que la capacidad de resolver problemas se vea deficiente y generalmente carecen de recursos cognitivos y la valoración negativa que tienen de sí mismos que puede inducir a autolesiones y problemas de comportamiento.

2.2.3. AUTOCONCEPTO

Varios autores definen al autoconcepto como una construcción mental importante para el desarrollo de la personalidad y la salud psicosocial en términos del estado emocional, la competencia social, la consolidación de la identidad y la satisfacción. Como lo expresa Chávez y colaboradores (2020), el autoconcepto personal hace referencia a un estado cognitivo, una estructura multidimensional, dinámica, jerárquica y organizada del yo definida y determinada por el papel de las personas significativas, la familia, la escuela y el entorno social en el desarrollo humano, así como las experiencias exitosas y no exitosas.

Autoconcepto positivo

Un autoconcepto positivo en la adolescencia es la base del buen funcionamiento personal, social y profesional, y depende de la satisfacción y el bienestar personal. Los jóvenes con alta autoestima presentan un comportamiento social positivo, bajos niveles de desregulación emocional y bajos puntajes de ansiedad y depresión, mientras que aquellos que carecen de un autoconcepto positivo parece ser una señal de advertencia de una personalidad disfuncional.

Autoconcepto negativo

El autoconcepto negativo, la falta de reconocimiento o valoración de atributos y sentimientos de inutilidad pueden conducir a un estado depresivo, dado que la depresión es un síndrome caracterizado por tristeza, aislamiento y sentimientos de inutilidad asociados con baja autoestima (Chávez et al., 2020).

Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitiva conductual según Mera y Ríos (2018), básicamente asume que las personas se enojan o tienen problemas emocionales porque malinterpretan la realidad y minimizan la importancia de la habilidad implicada en una tarea tras el fracaso en ella. Estas conclusiones determinarán su estado de ánimo y comportamiento retroalimentando así su baja autoestima. El objetivo de la terapia cognitiva conductual es poder definir y examinar creencias y suposiciones incorrectas. Este establece que las personas que tienen un trastorno o una emoción de desestimación lo malinterpretarán, obtendrán una respuesta incorrecta y, a través de la terapia cognitiva conductual, pueden reducir sus conceptos erróneos y evitar obstáculos o estados de ánimo negativos.

Fundamentos de la Terapia Cognitivo Conductual

Beck uno de los principales conductistas que tiene lugar en la historia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), señaló que la TCC se basa en la apariencia de teorías básicas, es decir, el impacto y el comportamiento de una persona, la misma que determina cómo organizará su mundo, este tratamiento del comportamiento cognitivo se puede determinar de 15 a 20 sesiones según el contexto.

Para la implementación de métodos de planificación de intervención y uso de tecnología, es importante señalar que el modelo cognitivo-conductual que surgió de observaciones clínicas tiene una secuencia metodológica y lógica, así como de estudios experimentales, debido a que el proceso de intervención de la Terapia Conductual (TC) está principalmente dirigida a modificar los patrones cognitivos disfuncionales.

Beck, entre los principales conceptos de la TC plantea la Triada Cognitiva, la cual hace referencia a tres patrones: la visión negativa sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, por lo que los principales síntomas son la ausencia de estimulación, deseo de muerte, sumisión, incertidumbre y la falta de autoconfianza o baja autoestima (Angélica et al., 2020).

Actualmente, de acuerdo con Díaz y cols. (2017) se mantienen las siguientes características:

La TCC está centrado en el aprendizaje y las respuestas: mismas que pueden ser físicas, emocionales, cognitivas y conductuales. El individuo desconoce los propios hábitos que desarrolla y siente que tiene poco o ningún control sobre ellos. La TCC actúa en la responsabilidad del individuo para que asuma el control de los procesos que los afectan.

Su uso está limitado en el tiempo en comparación con otras psicoterapias: ya que la TCC es un campo de mejora de la salud con métodos y procedimientos específicos para una variedad de problemas y trastornos.

Es instructiva. - la mayoría de los programas tienen módulos de capacitación que van más allá de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

Autoevaluación. - una característica esencial de la TCC es a lo largo de la intervención, la referencia constante a los métodos experimentales y el énfasis en la evidencia empírica para el tratamiento. Estas características han sido heredadas del conductismo progresivo (Díaz et al., 2017).

2.2.4. TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES

Las técnicas cognitivo-conductuales son un conjunto de herramientas y estrategias utilizadas para tratar diversos trastornos como la ansiedad y la depresión. Estas técnicas se basan en el principio de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos están interconectados y trabajan juntos para influir en la forma en que una persona se siente y actúa. Se dividen en dos categorías: técnicas cognitivas y técnicas conductuales. Las técnicas cognitivas se centran en cambiar los pensamientos negativos o irracionales que pueden contribuir a los problemas de salud mental. Estas técnicas incluyen:

Técnica de Reestructuración Cognitiva. - desarrollada por el psicólogo Aarón T. Beck para tratar la depresión. La reestructuración cognitiva para adolescentes se centra en identificar y cuestionar pensamientos negativos y distorsionados, así como el aprender habilidades para manejar sus emociones y mejorar su bienestar. Esto se logra a través de técnicas como la identificación de emociones y posteriormente la reestructuración de ideas para propiciar la resiliencia y asertividad (Antona et al., 2006).

Técnica de identificación de pensamientos distorsionados. - fue desarrollada por el psicólogo Aaron T. Beck que permite las personas a identificar y cuestionar sus pensamientos negativos y

distorsionados. Esta técnica se centra en que la persona reconozca sus propios pensamientos y facilitar así su autoexploración.

Técnica de Desensibilización sistemática. - La técnica de exposición a situaciones temidas es una técnica desarrollada por el psicólogo Joseph Wolpe, donde la persona enfrenta sus miedos y ansiedades. Esta técnica se centra en exponer al individuo a situaciones temidas de forma gradual para ir reduciendo paulatinamente la ansiedad ante sus miedos. Es usado con frecuencia en las fobias (Vallejo 2010).

Técnica de Relajación Progresiva. - La relajación muscular progresiva (PMR) desarrollada por Jacobson, es una técnica utilizada para enseñar a los pacientes a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos. En la PMR en sí, se le indica al paciente que se concentre y mantenga la tensión y luego se le indica que libere toda la tensión y se concentre en la sensación de relajación. El ejercicio regular puede ayudar al paciente a reconocer la tensión y los sentimientos de relajación.

El efecto de la relajación muscular progresiva esta mayormente relacionada con el estrés y el manejo del estrés, donde tiene un papel importante en la reducción del pulso y la presión arterial, para que de esta forma facilite conciliar el sueño, superar las dificultades al dormir y descansar de manera más relajada. Al lograr una relajación muscular progresiva, la mente se sentirá más tranquila.

En cuanto a otras acciones que van en la línea de esto es la acupuntura, el yoga y el reiki, estas técnicas también se han utilizado para controlar la ansiedad en diferentes contextos (Fitri et al., 2022).

Las Técnicas Conductuales. - es un conjunto de técnicas que enseñan a los pacientes a tomar conciencia de las conductas disfuncionales, emociones y pensamientos y generar cambios en el individuo, estas técnicas parten desde el entendimiento de lo racional e irracional que impide el logro de metas en la persona, así la terapia busca modificar estos patrones conductuales para tener estabilidad emocional. Estos métodos incluyen:

Técnica de modificación de conducta. - es una técnica de terapia cognitivo-conductual que se centra en cambiar el comportamiento de la persona con el fin de mejorar su bienestar. Destaca la necesidad de identificar adecuadamente las variables ambientales que pueden influir en la aparición o el mantenimiento de comportamientos anormales y someterlas a especificaciones rigurosas para evaluar los efectos, no solo de las variables mencionadas anteriormente (Ribes, 1972).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como tratamiento eficaz para elevar la autoestima en adolescentes.

Huamani Olivera y Morales (2007) realizaron varios estudios para determinar la eficacia de la TCC para el tratamiento de la depresión y del estado de ánimo en pacientes con baja autoestima. En uno de estos estudios, compararon tres tipos de tratamiento: terapia cognitiva, actividades divertidas y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados mostraron que (p. 56) la terapia cognitiva fue la más eficaz para reducir los síntomas de depresión.

Para los propósitos de este estudio limitaremos la discusión en la investigación presentada por López (2020), donde se evaluó la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en autoestima, autoconcepto físico y competencia percibida, donde se observó un aumento en la

variable autoestima. La diferencia entre la evaluación inicial y la evaluación final fue de $Z=-1.633$ ($\alpha<1$), siendo muy significativa.

De igual manera, Torres de Lamadrid y Fernández (2019) en su investigación enfocada en la terapia cognitivo conductual y centrada en soluciones para el fortalecimiento de la autoestima en México donde se efectuó la intervención con 15 sesiones durante 4 meses empleando técnicas de reestructuración cognitiva, relajación, solución de problemas y entrenamiento asertivo con el fin incrementar las habilidades de afrontamiento y fortalecer la autoestima logrando con éxito una puntuación inicial con un notable avance en la auto aceptación.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.

Este estudio será de tipo descriptivo porque se basa en la realidad y su característica principal es sugerir explicaciones correctas (Grajales, 2000). De diseño cuasi experimental y de enfoque cuantitativo, ya que los grupos de sujetos de estudio no están asignados aleatoriamente y su evaluación manifestará la efectividad estadística de la terapia cognitivo-conductual en adolescentes con baja autoestima.

3.2. Población y Muestra

El estudio se realizará en la provincia de Morona Santiago, Ecuador, con 28 participantes con edades comprendidas entre 12 a 14 años. El proyecto se aplicará durante el período lectivo diciembre 2022 - junio 2023 en una institución educativa de Morona Santiago, con los estudiantes del Octavo Año de Educación General Básica.

Criterios de inclusión:

- Los estudiantes que firmaron voluntariamente el asentimiento informado de la valoración.
- Adolescentes entre 13 y 15 años.
- Género masculino y femenino.
- Estudiantes legalmente matriculadas en el sistema educativo.
- Estudiantes que asistieron a las sesiones terapéuticas durante el período de investigación.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que se encuentran por encima del rango de edad de 16 años.
- Estudiantes que no asistieron a las sesiones terapéuticas durante el período de investigación
- Estudiantes cuyos representantes no firmaron el consentimiento informado voluntariamente.

3.3. Prueba de Hipótesis

- **Hipótesis**

Las intervenciones con las técnicas cognitivas conductuales son efectivas para el desarrollo de la autoestima en los adolescentes.

- **Nula**

Las intervenciones con las técnicas cognitivas conductuales no son efectivas para el desarrollo de la autoestima en los adolescentes.

3.4. Aspectos éticos y de Género

En el Ecuador, la investigación debe realizarse de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Constitución y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

El artículo 16 de la Constitución de la República del Ecuador establece que "Toda persona tiene derecho a su integridad personal, física y psíquica, y a la protección contra cualquier forma de violencia, maltrato, agresión o abuso." Este artículo es relevante para la investigación en seres humanos, ya que establece que los participantes tienen derecho a ser protegidos de cualquier daño físico o psicológico.

Otra cita relevante es la de la Dra. Martínez (2023), psicóloga y experta en autoestima. La Dra. Martínez afirma que "La autoestima es un constructo complejo que puede verse afectado por factores biológicos, psicológicos y sociales. En el caso de los adolescentes, los factores de género pueden desempeñar un papel importante en la formación de la autoestima."

La Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador (LOPD-E) establece que los datos personales son toda información sobre una persona natural que permite su identificación. Estos datos deben ser tratados de manera legal, leal, transparente y responsable, cumpliendo con los principios de finalidad, proporcionalidad, calidad, seguridad y responsabilidad proactiva.

El responsable del tratamiento de datos personales es la persona natural o jurídica que determina los fines y medios del tratamiento. El encargado del tratamiento es la persona natural o jurídica que trata los datos personales por cuenta del responsable.

Los titulares de los datos personales tienen derecho a acceder, actualizar, rectificar, suprimir, cancelar sus datos, así como a oponerse al tratamiento de sus datos. La LOPD-E establece sanciones para quienes incumplan la ley, que pueden llegar a la suspensión o cancelación de la actividad.

3.5. Responsabilidades del investigador

El investigador tiene la responsabilidad de actuar de manera ética y profesional para garantizar la integridad de los participantes en una investigación. Para ello, debe cumplir con las siguientes obligaciones:

- Informar a la autoridad de la institución sobre la investigación, enfatizando la protección de los datos de los participantes.

- Obtener el consentimiento informado de los participantes, asegurándose de que entiendan claramente los objetivos, métodos y riesgos de la investigación.
- Proteger la privacidad de los participantes, especialmente si son menores de edad.
- Manejar los datos de los participantes con cuidado y confidencialidad.
- Garantizar que la participación de los participantes sea voluntaria y que puedan retirarse de la investigación en cualquier momento.
- Informar los resultados de la investigación de manera clara y transparente.

En resumen, el investigador debe actuar de manera responsable y respetuosa con los participantes en una investigación.

3.6. Responsabilidades del participante

La responsabilidad de los participantes es fundamental para garantizar la aplicación del proyecto así y también el bienestar de estos, las responsabilidades que deben cumplir son las siguientes.

- Decidir libremente sobre su participación en la investigación
- Proceder con honestidad y veracidad en todo momento garantizar la validez de la integridad de la investigación.
- Cumplir con los lineamientos planteados por el investigador
- Capacidad de participar libre y voluntariamente.

3.7. Recolección de información

Se solicitó aprobación por parte de la institución educativa para el proceso de evaluación, los voluntarios fueron seleccionados luego del proceso de socialización de la investigación que reveló los objetivos del estudio y las condiciones de participación. Se comunicó con los representantes

legales de las jóvenes que participan en el proyecto e informarles sobre los beneficios que trae Terapia cognitivo conductual en el desarrollo de la autoestima a los grupos vulnerables con el fin de motivarlos a participar en el estudio. Como los participantes son menores de edad se solicitó el consentimiento informado del tutor legal.

Instrumentos de Evaluación:

Inventario de Autoestima de Coopersmith. - Corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima como parte de las investigaciones de Coopersmith sobre las percepciones del sujeto con respecto a: sí mismo, a sus pares, a la escuela y a sus padres.

El instrumento se integra por 58 ítems evaluados en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1, 2 y 3. Dentro de las Áreas que evalúa se encuentra:

Autoestima General: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodestructivas.

Autoestima social: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus pares.

Autoestima hogar y padres: responde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en relación con sus familiares directos.

Clima escolar académica: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodestructivas, en la relación con sus condiscípulos y profesores.

Confiabilidad y Validez

La validez de constructo del instrumento se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de pruebas T. Los resultados mostraron que todos los reactivos (ítems) discriminaron significativamente ($p = .05$).

El índice de consistencia interna calculado mediante el alfa de Cronbach se presenta en 0.813 (Miranda et al., 2011).

Intervención de la Técnica

Se instauró las principales técnicas de la terapia cognitiva de Beck, teniendo en cuenta las metas de la terapia cognitiva de modificar los patrones de conducta. Se puede clasificar las técnicas en dos bloques: técnicas de tipo conductual y técnicas de tipo cognitivo (Moorey, 1996).

1. Aliviar los síntomas y resolver los problemas que presenta el cliente.
2. Guiar al cliente a adquirir estrategias de afrontamiento.

3.5. Procesamiento de la información y análisis estadístico:

Caro (2009) señala que la terapia cognitiva, al ser un modelo tan estructurado y focalizado en metas concretas, posee un número limitado de 10 sesiones realizadas cada semana en un tiempo de 40 a 60 minutos. En estas sesiones, se aborda un entrenamiento cognitivo conductual y los alumnos realizan actividades grupales e individuales.

La literatura de investigación estará disponible para maestros y padres con el fin de apoyar el tratamiento, cada sesión tendrá como objetivo estabilizar la frecuencia de los síntomas. Al final de las últimas dos sesiones el enfoque estará en la prevención de recaídas con el seguimiento adecuado a cada caso para confirmar el nivel de mejora y poder comparar de manera cualitativa y cuantitativa el nivel de autoestima al final del tratamiento.

Descripción y Operacionalización de Variables.

Variable Independiente

Son aquellas controladas por el investigador y que influyen sobre otras variables. En esta investigación, la variable independiente es:

- Las Técnicas Cognitivas Conductuales.

Variable Dependiente

Son aquellas que pueden ser controladas por el investigador. En esta investigación son:

- Baja Autoestima

CAPÍTULO IV

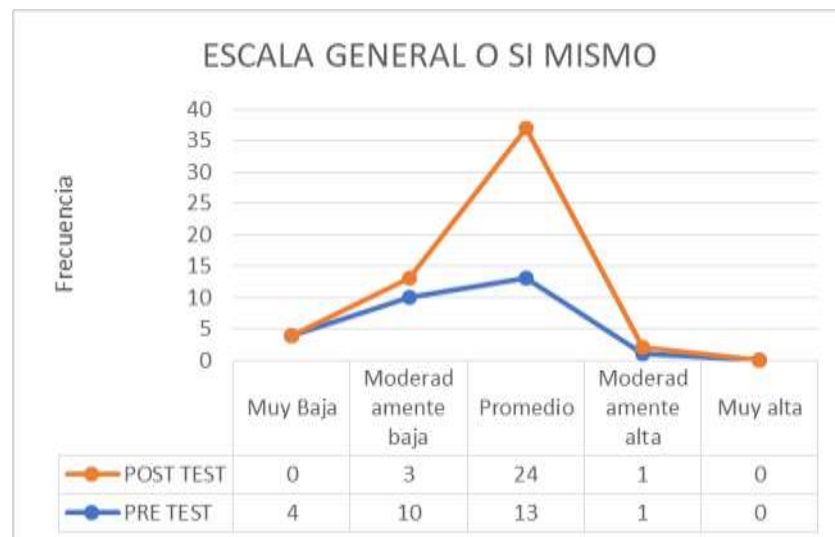
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis y Discusión de los Resultados

Al inicio del estudio, se administró el Inventario de Autoestima de Coopersmith a los participantes, cuyos resultados fueron los siguientes:

4.1.1. Nivel de autoestima: ESCALA GENERAL

Ilustración 1. Escala General



Fuente: María José Álvarez Valencia

Resultados del Pre-test

Los resultados del pre-test sugieren que el 14% de los participantes tenía un nivel muy bajo de autoestima, el 35% un nivel moderadamente bajo, el 46% un nivel promedio y el 3% un nivel moderadamente alto. Es probable que un alto porcentaje de los participantes tuviera un nivel de autoestima bajo o promedio antes de la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales.

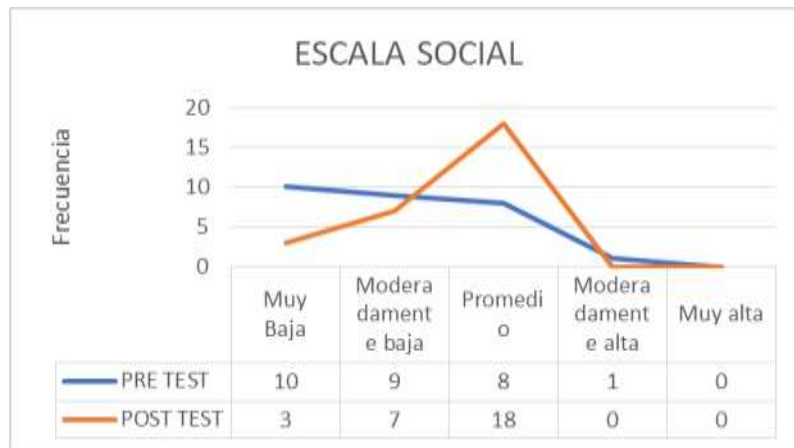
Resultados del Pos-test

Los resultados del pos-test revelan que ningún participante presentó un nivel muy bajo de autoestima, el 10% tenía un nivel moderadamente bajo, el 85% un nivel promedio y el 3% un nivel

moderadamente alto. Esta evidencia indica que la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales tuvo un efecto positivo en el nivel de autoestima de los participantes.

4.1.2. ESCALA SOCIAL

Ilustración 2. Escala Social



Fuente: María José Álvarez Valencia

Resultados del pre-test

Los resultados del pre-test mostraron que el 14% de los participantes tenía un nivel muy bajo de autoestima, el 35% un nivel moderadamente bajo, el 46% un nivel promedio y el 3% un nivel moderadamente alto. Estos datos evidencian que un alto porcentaje de los participantes tenía un nivel de autoestima bajo o promedio antes de la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales.

Resultados del post-test

Los resultados del post-test mostraron que ningún participante presentó un nivel muy bajo de autoestima, el 10% tenía un nivel moderadamente bajo, el 85% un nivel promedio y el 3% un nivel moderadamente alto. Esta información pone en relieve que la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales tuvo un efecto positivo en el nivel de autoestima de los participantes.

4.1.3. ESCALA ESCOLAR

Ilustración 3. Escala Escolar



Fuente: María José Álvarez Valencia

Resultados del Pre -test

En el pre-test, el 25% de los adolescentes tenía una autoestima muy baja, el 43% experimentaba una autoestima moderadamente baja, el 21% manifestaba una autoestima promedio, el 9% mostraba una autoestima moderadamente alta y el 2% poseía una autoestima muy alta.

Resultados del Post -test

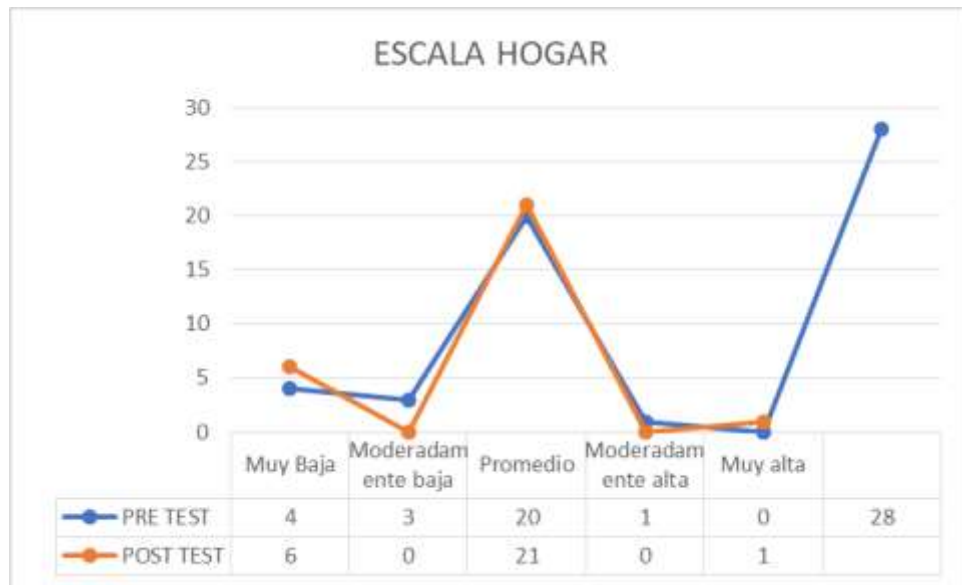
En el post-test, el padecimiento de una autoestima muy baja o moderadamente baja se manifestó en el 14% de los adolescentes. En el pre-test, este porcentaje fue del 78%, lo que establece que el programa de intervención fue eficaz en reducir el porcentaje de adolescentes con una autoestima baja.

Es decir, el porcentaje de adolescentes con una autoestima muy baja o moderadamente baja se redujo del 78% al 14%, mientras que el porcentaje de adolescentes con una autoestima promedio, moderadamente alta o muy alta aumentó del 22% al 86%. Estos resultados plantean que el

programa de intervención fue efectivo en aumentar los niveles de autoestima en el área escolar de los adolescentes.

4.1.4. ESCALA HOGAR

Ilustración 4. Escala Hogar



Fuente: María José Álvarez Valencia

Resultados del Pre -test

- El 50% de los estudiantes se encontraban en el rango de autoestima muy baja o moderadamente baja. Estos índices denotan que la población tenía un nivel de autoestima bajo en general. Mientras que el 25% se encontraban en el rango de autoestima moderadamente alta o muy alta. Así, se comprueba que una pequeña proporción de la población tenía un nivel de autoestima alto.

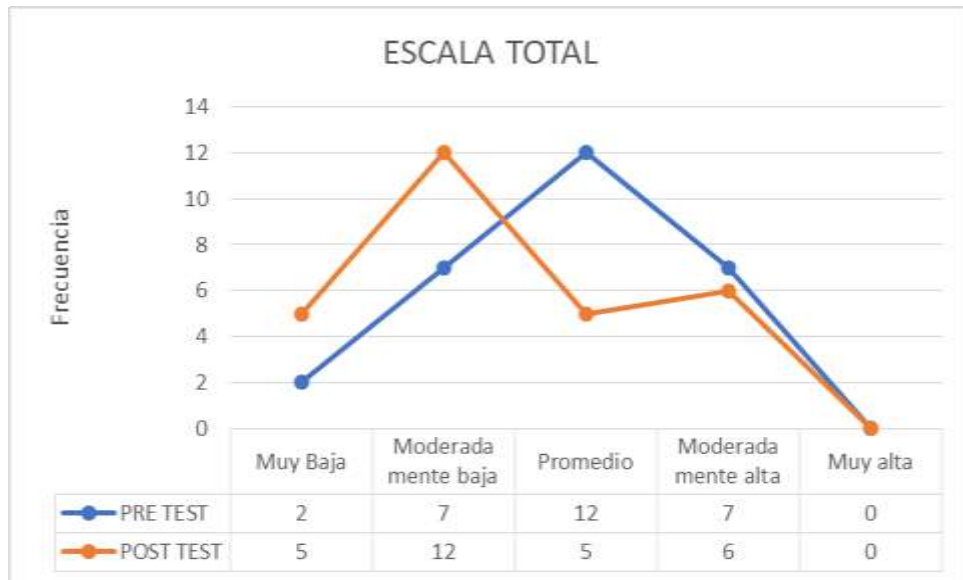
Resultados del Post-test

El 75% de los estudiantes se encontraban en el rango de autoestima moderadamente alta o muy alta. Estos resultados sugieren que la intervención fue efectiva en el aumento del nivel de autoestima de la población. En tanto que el 25% se encontraban en el rango de autoestima

muy baja o moderadamente baja. Estos resultados apuntan a que una pequeña proporción de la población aún tenía un nivel de autoestima bajo.

4.1.4. ESCALA TOTAL

Ilustración 5. Escala Total



Fuente: María José Álvarez Valencia

En el pre-test, el 25% de los adolescentes se encontraban en un nivel de autoestima muy baja, el 25% en un nivel moderadamente bajo, el 32,5% en un nivel promedio, el 17,5% en un nivel moderadamente alto y el 0% en un nivel muy alto. En el post-test, el 10% de los adolescentes se encontraban en un nivel de autoestima muy baja, el 30% en un nivel moderadamente bajo, el 50% en un nivel promedio y el 10% en un nivel muy alto.

Si comparamos los porcentajes de los niveles de autoestima muy baja y moderadamente baja entre el pre-test y el post-test, vemos que no ha habido un cambio significativo. En el pre-test, el 50% de los adolescentes se encontraban en estos niveles, mientras que en el post-test, el 40% se encontraban en estos niveles.

Sin embargo, si comparamos los porcentajes de los niveles de autoestima promedio y muy alta entre el pre-test y el post-test, vemos que ha habido un cambio significativo. En el pre-test, el 25% de los adolescentes se encontraban en estos niveles, mientras que en el post-test, el 70% se encontraban en estos niveles.

Por lo tanto, la interpretación de los resultados del estudio es que el programa con técnicas cognitivas conductuales fue efectivo en el aumento de los niveles de autoestima promedio y muy alta en los adolescentes participantes.

4.2. Datos Sociodemográficos

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

Género	Nivel de autoestima	Cantidad	Porcentaje
Hombre	Baja	10	60%
Hombre	Moderadamente baja	2	10%
Hombre	Promedio	6	30%
Mujer	Baja	5	50%
Mujer	Moderadamente baja	3	25%
Mujer	Promedio	2	25%

Fuente: María José Álvarez Valencia

De acuerdo con los resultados de la tabla 1, los hombres adolescentes tienen un mayor porcentaje de autoestima baja que las mujeres adolescentes. El 60% de los hombres adolescentes tienen una autoestima baja, en comparación con el 50% de las mujeres adolescentes.

4.3. Distribución según edad

Tabla 2. Distribución según edad

Edad	Cantidad	Porcentaje
12-13 años	14	50%
14-15 años	14	50%

Fuente: María José Álvarez Valencia

La tabla 2 muestra que la distribución de la edad en los adolescentes es equitativa, con un 50% de adolescentes de 12 a 13 años y un 50% de adolescentes de 14 a 15 años.

4.4. Prueba T para muestras apareadas.

Tabla 3. Prueba T

Prueba T para Muestras Apareadas			estadístico	gl	p
General Pre	General Post	T de Student	-3.290	27.0	0.001
Social Pre	Social post	T de Student	-1.769	27.0	0.044
Escolar pre	Escolar post	T de Student	0.780	27.0	0.779
Hogar Pre	Hogar post	T de Student	0.664	27.0	0.744
Puntaje Total Pre	Total post	T de Student	-3.783	27.0	< .001

Nota. $H_a \mu_{\text{Medida 1}} - \mu_{\text{Medida 2}} < 0$

Fuente: María José Álvarez Valencia

	Media	DE
General Pre	12.64	3.97
General Post	15.18	2.04
Social Pre	3.68	1.87
Social post	4.57	1.60
Escolar pre	4.39	1.42
Escolar post	4.04	1.84
Hogar Pre	4.46	1.95
Hogar post	4.11	1.52
Total Pre	50.36	12.66
Total post	61.57	8.10

4.5 Prueba normal de Shapiro Wilk

Tabla 4. Prueba de Shapiro Wilk

			W	p
General Pre	-	General Post	0.947	0.162
Social Pre	-	Social post	0.939	0.104
Escolar pre	-	Escolar post	0.969	0.544
Hogar Pre	-	Hogar post	0.929	0.059
Puntaje Total Pre	-	Total post	0.954	0.243

Fuente: María José Álvarez Valencia

Dado que la distribución de las puntuaciones fue normal de acuerdo con la aplicación de la prueba Shapiro Wilk, se aplicó la prueba t de student encontrando que hubo diferencias estadísticamente significativas entre la media General Pre ($M = 12,64$) y General Post $M = (15,18)$ ($t(27) = -3,290$, $p < 0,05$), también entre social pre ($M = 3,68$) y Social Post ($4,57$) ($t(27) = -1,769$, $p < 0,05$) y entre total pre ($M = 50,36$) y total post ($M = 61,57$) ($t(27) = -3,783$, $p < 0,01$)

4.6 Discusión

Las técnicas cognitivas conductuales (TCC) son un tipo de terapia psicológica que se centra en cambiar los pensamientos, sentimientos y comportamientos que contribuyen a los problemas psicológicos. En la última década, se han realizado varios estudios que han evaluado la efectividad de las TCC para mejorar la autoestima de los adolescentes. En particular, el estudio encontró que los adolescentes que recibieron la intervención de TCC mostraron un aumento significativo en su autoestima general, autoestima social y autoestima total. Estos resultados son consistentes con la teoría de que las TCC pueden ayudar a los adolescentes a identificar y cambiar los pensamientos y creencias negativos que contribuyen a la baja autoestima.

El trabajo de Díaz, Fuentes y Senra (2018) es un ejemplo de un estudio que evaluó la eficacia de las TCC para mejorar la autoestima de los adolescentes. La investigación utilizó un diseño experimental para evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para mejorar la autoestima de adolescentes. La intervención constó de 10 sesiones grupales, en las que se abordaron las técnicas de reestructuración cognitiva. Los resultados del estudio mostraron que la intervención fue eficaz para mejorar la autoestima de los adolescentes. Los adolescentes que participaron en la intervención mostraron un aumento significativo en su autoestima, en comparación con los adolescentes que no participaron en la intervención.

Este hallazgo es consistente con la teoría de que las TCC pueden ayudar a los adolescentes a identificar y cambiar los pensamientos y creencias negativos que contribuyen a la baja autoestima. Las TCC se basan en el principio de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos están interrelacionados. Por lo tanto, al cambiar los pensamientos y creencias negativos, las TCC pueden ayudar a los adolescentes a experimentar emociones más positivas y comportamientos más saludables.

Los resultados del estudio también son relevantes para el tema de la discusión de tesis propuesta, ya que sugieren que se mantuvo por objetivo evaluar de la efectividad de las TCC como una intervención eficaz para mejorar la autoestima de los adolescentes con problemas de salud mental. El presente estudio valoró la eficacia de la intervención en un grupo de 28 adolescentes de Octavo Año EGB con problemas de autoestima y los resultados mostraron que la intervención fue eficaz para mejorar la autoestima de estos adolescentes.

Por otro lado, el estudio de Sanz y García-Vera (2020), utilizó un diseño experimental para evaluar la eficacia de la intervención. La intervención constó de 12 sesiones individuales, lo que la

hace una opción viable para su aplicación en contextos clínicos. Los resultados del estudio mostraron que la intervención fue eficaz para mejorar la autoestima de los adolescentes con problemas de ansiedad y depresión. Del mismo modo en el presente estudio a través de 8 sesiones se han conseguido que los participantes que recibieron las técnicas mostraron una disminución en el número de participantes con autoestima muy baja o moderadamente baja, y un aumento en el número de participantes con autoestima promedio o moderadamente alta en la escala social y en la escala escolar.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

5.1. Conclusiones

- El estudio realizado tuvo como objetivo evaluar la eficacia de las técnicas cognitivas conductuales (TCC) para mejorar la autoestima de adolescentes. Los resultados mostraron que la intervención con TCC fue efectiva para aumentar el nivel de autoestima de los adolescentes.
- Los datos obtenidos evidenciaron que el porcentaje de adolescentes con un nivel de autoestima promedio aumentó a 82%, mientras que el porcentaje de adolescentes con un nivel de autoestima moderadamente alto o muy alto aumentó a 17%. Esto representa un aumento significativo en el nivel de autoestima de los adolescentes que participaron en la intervención, similar al encontrado por Saldaña y otros (2020) en un estudio realizado con adolescentes mexicanos.
- Los adolescentes que participaron en la intervención mostraron una disminución significativa en los pensamientos negativos sobre sí mismos, las creencias negativas sobre el mundo y las dificultades en las relaciones sociales. Estos cambios en los pensamientos y comportamientos se consideran factores clave en la mejora de la autoestima, como lo señalan Campoverde (2019) y Ospino y cols. (2015).
- Estos resultados son consistentes con los hallazgos de otros estudios que han demostrado la eficacia de las TCC para mejorar la autoestima en adolescentes. Así como el estudio

realizado por Saldaña y colaboradores (2020), que encontró que la intervención con TCC redujo el porcentaje de adolescentes con una autoestima muy baja de 48% a 25%.

- En el contexto de la zona amazónica, la implementación del programa de intervención cognitivo-conductual podría tener un impacto significativo en la reducción de la tasa de suicidios. Los adolescentes con una autoestima baja presentan dificultades para enfrentar situaciones estresantes, siendo esto un factor de riesgo para la ideación suicida. La intervención cognitivo-conductual podría ayudar a estos adolescentes a desarrollar una imagen positiva de sí mismos, lo que les permitiría afrontar mejor las situaciones estresantes y reducir el riesgo de suicidio.
- Los resultados de este estudio sugieren que las TCC fueron una intervención eficaz para mejorar la autoestima de adolescentes de la zona amazónica de Ecuador. Las técnicas fueron efectivas para mejorar la autoestima de los adolescentes. La reestructuración cognitiva ayudó a los adolescentes a identificar y desafiar los pensamientos negativos que tienen sobre sí mismos. El entrenamiento en habilidades sociales ayudó a los adolescentes a desarrollar habilidades que les permiten interactuar de manera más efectiva con los demás. La resolución de problemas ayudó a los adolescentes a desarrollar habilidades que les permitieron lidiar con los desafíos de la vida de manera más efectiva.
- Este estudio contribuye al campo de la psicología al proporcionar evidencia de la eficacia de las TCC para mejorar la autoestima de adolescentes de la zona amazónica de Ecuador. Estos resultados son relevantes para los profesionales de la salud mental que trabajan con adolescentes en esta región.

5.2. Recomendaciones

- Realizar estudios en otros ámbitos: Se necesitan más estudios para confirmar los resultados del estudio en otras áreas, como en ámbito escolar o comunitario.

La escuela es un espacio en el que los adolescentes pasan gran parte de su tiempo. Por lo tanto, es importante evaluar la eficacia de las TCC en estos ambientes para determinar si son una intervención viable para mejorar la autoestima de los adolescentes en su vida cotidiana.

- Estudios longitudinales: Se requiere investigación para evaluar los efectos a mediano y largo plazo de la implementación de la terapia cognitiva conductual (TCC) dado que son importantes para determinar si es una estrategia sostenible para mejorar la autoestima de los jóvenes.

El aumento de la autoestima social puede ser una alternativa adecuada para los adolescentes que tienen dificultades para participar en actividades grupales, por lo que es importante evaluar la eficacia de la TCC en un formato individualizado para determinar si es una opción viable para todos los adolescentes.

- Para que los programas de psicoeducación sobre autoestima en adolescentes sean efectivos, es importante que se adapten a sus necesidades, que incluyan información y actividades relevantes, y que sean impartidos por profesionales cualificados, para ello es necesario adaptar los programas a cada necesidad. Los programas deben tener en cuenta las características de los sujetos, como su edad, su nivel de desarrollo y sus intereses, de esta manera, los programas serán más relevantes y atractivos para ellos, además, los programas deben incluir actividades que permitan a los adolescentes poner en práctica lo aprendido.
- Finalmente, se recomienda proporcionar seguimiento a la intervención, por medio de una aplicación individual, si un adolescente tiene una autoestima baja, es importante buscar

ayuda profesional, de esta manera el terapeuta puede ayudar a identificar y abordar los factores que contribuyen a su baja autoestima.

CAPÍTULO VI

FASE DE INTERVENCION

6.1. Tema:

“Técnicas cognitivas conductuales como intervención para fortalecer la autoestima de los adolescentes”.

6.2. Descripción

La presente intervención se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la efectividad de las técnicas cognitivas conductuales en el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes de octavo Año EGB.

6.3. Desarrollo de la intervención

La intervención se llevó a cabo durante 7 sesiones de una hora cada una, una vez por semana, con un total de 28 adolescentes de octavo año, con un rango de edad de 13 a 15 años.

La intervención se dividió en las siguientes fases y etapas:

Fase 1: Selección de participantes

En esta fase, se seleccionó una muestra de 28 adolescentes de octavo año de la región amazónica del Ecuador, con un rango de edad de 13 a 15 años. Los criterios de selección fueron:

- Estar cursando el octavo año de Educación General Básica.
- Tener un rango de edad de 13 a 15 años.

Fase 2: Aplicación del pre-test

En esta fase, se administró el Inventario de Autoestima de Coopersmith a los participantes para evaluar sus niveles de autoestima antes de la intervención.

Fase 3: Intervención

En esta fase, se realizó el programa durante 7 sesiones de una hora cada una. Las técnicas aplicadas fueron:

Registro diario: Los adolescentes fueron instruidos para registrar sus pensamientos, emociones y acciones en situaciones específicas en las que experimentaron una emoción negativa.

Atención plena: Los adolescentes fueron instruidos para practicar la atención plena durante 10 minutos al día.

Pruebas de realidad: Los adolescentes fueron instruidos para evaluar la veracidad de sus pensamientos automáticos.

Reestructuración cognitiva: Los adolescentes fueron instruidos para cambiar sus pensamientos.

Sesión 3: Identificación del pensamiento automático

En esta sesión, los adolescentes aprendieron a identificar sus pensamientos automáticos. El terapeuta les explicó que los pensamientos automáticos son pensamientos que surgen de forma espontánea e involuntaria en respuesta a una situación. Estos pensamientos pueden ser positivos o negativos, y pueden tener un impacto significativo en las emociones y el comportamiento de las personas.

Para identificar sus pensamientos automáticos, los adolescentes fueron instruidos a seguir los siguientes pasos:

- Identificar una situación en la que experimentaron una emoción negativa.
- Recordar lo que pensaban, sentían y hacían en esa situación.
- Identificar el pensamiento que surgió de forma espontánea en su mente.

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

En esta sesión, los adolescentes aprendieron a realizar una reestructuración cognitiva de sus pensamientos automáticos. El terapeuta les explicó que la reestructuración cognitiva es un proceso que consiste en evaluar la veracidad de los pensamientos automáticos y reemplazarlos por pensamientos más positivos y realistas.

Para realizar una reestructuración cognitiva, los adolescentes fueron instruidos a seguir los siguientes pasos:

- Identificar el pensamiento automático.
- Identificar la distorsión cognitiva que está presente en el pensamiento automático.
- Generar un pensamiento alternativo que sea más positivo y realista.

Sesión 5: Cambio de los pensamientos automáticos

En esta sesión, los adolescentes practicaron el cambio de sus pensamientos automáticos. El terapeuta les proporcionó ejercicios y tareas para que pudieran aplicar la reestructuración cognitiva en su vida cotidiana.

Identificación de la distorsión cognitiva

Una de las dificultades que los adolescentes pueden encontrar al realizar una reestructuración cognitiva es identificar la distorsión cognitiva que está presente en su pensamiento automático. Las distorsiones cognitivas son errores en el pensamiento que pueden llevar a la formación de pensamientos automáticos negativos.

Algunos ejemplos de distorsiones cognitivas comunes son:

Pensamientos dicotómicos: La idea de que las cosas son blancas o negras, sin matices intermedios.

Sobregeneralización: La tendencia a sacar conclusiones generales a partir de un solo evento.

Filtro mental: La tendencia a centrarse en los aspectos negativos de una situación e ignorar los positivos.

Personalización: La tendencia a atribuirse la responsabilidad de los eventos negativos que suceden a los demás.

El terapeuta puede ayudar a los adolescentes a identificar las distorsiones cognitivas que están presentes en sus pensamientos automáticos mediante el uso de preguntas y técnicas de reflexión.

Fase 4: Aplicación del post-test

En esta fase, se administró nuevamente el Inventario de Autoestima de Coopersmith a los participantes para evaluar sus niveles de autoestima después de la intervención.

Planificación y cronograma

La intervención se planificó y se llevó a cabo de acuerdo con el siguiente cronograma:

Tabla 5. Planificación de la Intervención

Semana	Actividad	Objetivo	Materiales	Procedimiento	Actividad	Reflexión
1	Selección de participantes, aplicación del pre-test	Evaluar el nivel inicial de funcionamiento	Inventario de Autoestima de Coopersmith	Se procede a realizar el inventario de Autoestima	Se califica el Test de Autoestima de Coopersmith	Se analiza y tabula la información de los resultados del Test
2	Introducción a las técnicas cognitivas conductuales	Introducir los conceptos básicos de las técnicas cognitivas conductuales	Pizarra o papelógrafo	La terapeuta le pide a un participante que comparta una situación en la que se sintió mal.	Se evalúa los pensamientos automáticos e ideas distorsionadas	¿Qué aprendiste sobre la terapia cognitivo conductual? ¿Cómo te sentiste realizando los ejercicios?
3	Registro diario	Aprender a llevar un registro diario de los pensamientos, emociones y comportamientos	Formato de registro diario	La terapeuta presenta el formato de registro diario a los participantes. La terapeuta explica los elementos que debe incluir el registro diario.	Llena el formato de registro diario para una situación que te haya ocurrido recientemente. Comparte tu registro diario con la maestra o con un compañero.	¿Qué te pareció la actividad? ¿Qué dificultades tuviste? ¿Qué dificultades tuviste?
4	Atención plena	Introducir la atención plena como una herramienta para mejorar la conciencia de los pensamientos y las emociones	Música relajante Objetos para la meditación (por ejemplo, una vela, una	El terapeuta introduce la atención plena como una herramienta para mejorar la conciencia de los pensamientos y las emociones.	El terapeuta guía a los participantes en una meditación guiada. Los participantes comparten sus	¿Qué aprendiste sobre la atención plena? ¿Cómo te sentiste realizando los ejercicios?

			piedra o un mandala)	El terapeuta explica los beneficios de la atención plena.	experiencias con la meditación.	
5	Pruebas de realidad	Enseñar a los participantes a realizar pruebas de realidad para evaluar la exactitud de sus pensamientos automáticos	Papel y lápiz Objetos de referencia (por ejemplo, una foto, un objeto personal o un artículo de prensa)	El terapeuta introduce las pruebas de realidad como una herramienta para evaluar la exactitud de los pensamientos automáticos. El terapeuta explica los diferentes tipos de pruebas de realidad. Los participantes realizan ejercicios sencillos de pruebas de realidad.	Los participantes comparten sus experiencias con la meditación.	¿Qué aprendiste sobre las pruebas de realidad? ¿Cómo te sentiste realizando los ejercicios?
6	Reestructuración cognitiva	Enseñar a los participantes a reestructurar sus pensamientos automáticos de forma más realista y adaptativa	Papel y lápiz Hojas de trabajo de reestructuración cognitiva	El terapeuta explica los diferentes tipos de pruebas de realidad.	El terapeuta le pide a un participante que comparta un pensamiento automático. El terapeuta ayuda al participante a identificar la distorsión cognitiva que está presente en el pensamiento automático. El participante elabora un pensamiento	¿Cómo te sentiste realizando los ejercicios?

					alternativo más realista y adaptativo. El participante comparte el pensamiento alternativo con el grupo.	
7	Post-test	Evaluar el progreso de los participantes	Inventario de Autoestima de Coopersmith Hojas de respuesta	El terapeuta explica el propósito del post-test. El terapeuta administra el post-test a los participantes. El terapeuta recoge las hojas de respuesta.	El terapeuta administra el post-test a los participantes.	¿Cómo te sentiste al realizar el post-test? ¿Qué cambios has observado en ti mismo desde el pre-test?

Fuente: María José Álvarez Valencia

Consideraciones adicionales

Para la intervención, se contó con la participación de una terapeuta con formación en técnicas cognitivas conductuales, la Psic. Edu. María José Álvarez Valencia.

Los adolescentes fueron motivados para participar en la intervención a través de una explicación clara de los objetivos y beneficios de esta.

Los adolescentes recibieron apoyo de sus padres o tutores durante la intervención.

Seguimiento

Se realizó un seguimiento de los adolescentes después de la intervención para evaluar los efectos a largo plazo. Los resultados del seguimiento mostraron que los adolescentes mantuvieron los beneficios de la intervención a los seis meses de la finalización de esta.

Conclusiones

Los resultados de la intervención mostraron que las técnicas cognitivo-conductuales fueron efectivas para aumentar los niveles de autoestima de los adolescentes de la región amazónica del Ecuador. Los adolescentes que participaron en la intervención mostraron un aumento significativo en sus puntuaciones en el Inventario de Autoestima de Coopersmith después de la intervención. Estos resultados sugieren que las técnicas cognitivo-conductuales podrían ser una intervención efectiva para mejorar la autoestima de los adolescentes.

Recomendaciones

Se recomienda que se realicen estudios adicionales para replicar los resultados de la presente intervención y para evaluar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en poblaciones más amplias. También se recomienda que se desarrollen estrategias para implementar las técnicas cognitivo-conductuales en la práctica clínica.

ANEXOS

ANEXO.**Sección I: INFORMACIÓN PARA EL PADRE/REPRESENTANTE LEGAL****A) Hoja de información:**

Título del estudio: **Intervención de** Técnicas Cognitivo Conductuales a los alumnos de 8vo Año de EGB de la Unidad Educativa Huamboya del cantón Huamboya de la Provincia de Morona Santiago.

Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal:

Le estamos pidiendo que autorice la recolección y uso de datos durante la realización del estudio la investigadora es María José Álvarez Valencia, domiciliada en el Cantón Huamboya Av. 3 de noviembre y los 3 Fundadores, con el número de celular 0998777778.

La participación de su hijo/representado es completamente voluntaria; puede usted aceptar que participe en el estudio o no hacerlo, sin que ello le provoque inconveniente alguno en su atención y actividades regulares en el establecimiento.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. También lo alentamos a consultarlo con su familia, amigos y personas de confianza.

1) ¿Por qué se realiza este estudio?

El propósito de esta investigación es evaluar la efectividad en las Técnicas Cognitivo-Conductuales mediante un análisis comparativo antes y después de la intervención terapéutica para el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes.

2) ¿Qué pasará si autorizo la participación de mi representado en este proyecto de investigación, luego de que firme este Consentimiento Informado?:

Se realizará la aplicación del Test de Coopersmith, que es un instrumento diseñado para medir el nivel de autoestima en adolescentes.

La información que se recabará con el Test de Coopersmith será el Autoestima global, autoestima social, Autoestima académica y en el hogar.

La participación del adolescente en el proyecto de investigación implicará lo siguiente:

La firma del consentimiento informado por parte del padre o tutor legal del adolescente.

La realización del Test de Coopersmith al inicio del proyecto.

La participación en un programa de terapia cognitivo conductual de 8 sesiones.

La realización del Test de Coopersmith al final del proyecto.

¿Qué riesgos podría tener si consiento que mi representado participe en la investigación?

Los riesgos asociados con la participación en este proyecto de investigación son mínimos. La toma de medidas antropométricas no implica riesgos físicos o psicológicos. Sin embargo, la participación en un programa de terapia cognitivo conductual podría generar expectativas respecto a las capacidades del niño para mejorar su autoestima. Es importante recordar que la terapia cognitivo conductual es un proceso que requiere tiempo y esfuerzo, y que no siempre produce resultados inmediatos.

También hay algún riesgo potencial para su privacidad, a pesar de que se tomarán todas las medidas necesarias para mantener la privacidad de su identidad y la confidencialidad de sus datos personales.

¿Cuánto tiempo tomará a mi representado participar en este estudio?

Está previsto que la participación de su representado en este estudio dure 8 semanas, incluyendo 2 semanas para la firma del consentimiento informado y realización del Test de Coopersmith al inicio del proyecto, 6 semanas para la participación en un programa de terapia cognitivo conductual de 8 sesiones y 2 semanas para la realización del Test de Coopersmith al final del proyecto.

¿Qué beneficios tendrá mi representado si le permito participar?

Los posibles beneficios directos que podría tener su representado si le permite participar en este estudio incluyen los siguientes:

Mejora de la autoestima: Si las técnicas cognitivo-conductuales son efectivas, la autoestima de su representado podría mejorar como resultado de su participación en el proyecto de investigación. Esto podría tener un impacto positivo en su salud mental y su calidad de vida.

Aprendizaje sobre las técnicas cognitivo-conductuales: Su representado podría aprender más sobre las técnicas cognitivo-conductuales y cómo aplicarlas para mejorar su autoestima. Esto podría ayudarle a mejorar su autoestima en el futuro, incluso después de que el proyecto de investigación haya finalizado.

c. Acceso a recursos: Su representado podría tener acceso a recursos como test, material didáctico y recursos para cada sesión terapéutica. Estos recursos podrían ayudarle a mejorar su autoestima y su salud mental en general.

6) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, aplicados o realizados en mi representado luego de su finalización?

Sí, se le dará información sobre los resultados del estudio, aplicados o realizados en su representado luego de su finalización. La información se entregará de forma personal, a través

de una reunión con el investigador principal del proyecto de investigación. La persona responsable de comunicarse con los participantes es el investigador principal, la Psc. Edu. María José Álvarez Valencia.

La información que se entregará incluye los siguientes datos:

Resumen de los resultados del estudio: El investigador principal presentará un resumen de los resultados del estudio, incluyendo los hallazgos principales y las conclusiones.

Resultados específicos del participante: El investigador principal presentará los resultados específicos del participante, si corresponde.

Recomendaciones: El investigador principal puede proporcionar recomendaciones para el participante o su representante legal.

Es importante mencionar que los resultados del estudio son confidenciales. La información que se entregará al participante o su representante legal se limitará a la información que sea relevante para el participante.

7) ¿Qué gastos tendré, si autorizo la participación de mi representado en el estudio?

Ud. no tendrá gasto alguno relacionado a los procedimientos y materiales necesarios para esta investigación. Se cubrirán los gastos médicos cuando sufra algún daño o lesión relacionada con la investigación. No se cubrirán estudios ni medicamentos que no estén relacionados con el estudio en el que participa su representado.

8) ¿Qué pasará si mi representado sufre algún evento adverso mientras participa en el estudio?

Toda investigación tiene algún grado de riesgo. Si durante el transcurso la investigación su representado sufre un daño físico, una lesión o una consecuencia en su salud relacionada con las actividades o procedimientos de este estudio, se le proveerá toda la asistencia inmediata y necesaria para su tratamiento. Únicamente debe comunicarse de inmediato con el investigador responsable, quien coordinará su atención.

9) ¿Puedo retirar del estudio a mi representado en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?

Usted es libre de retirar el consentimiento para que su representado participe en esta investigación en cualquier momento, sin que esto lo perjudique en sus actividades posteriores en el establecimiento educativo; simplemente deberá notificar al investigador de su decisión oralmente.

Una vez que el investigador principal reciba la notificación de retiro del consentimiento, su representado ya no podrá participar en el estudio. Los datos que se hayan obtenido con anterioridad al retiro del consentimiento podrán ser utilizados para los fines del estudio.

10) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de los datos/muestras de mi representado?

11.1. Los datos de su representado estarán identificados, o sea que tendrán su nombre o su historia clínica o cualquier otro dato que lo identifique.

11.2. Los datos de su representado estarán codificados, o sea tendrán un código que hace que Ud. permanezca anónimo. El código institucional será el único dato personal que se utilizará para identificar a su representado.

11.3. Los datos de su representad estarán disociados o anonimizados: se rompe la relación entre el código y su identidad y ya no es posible relacionarlo con la muestra.

11.4. Los datos de su representado serán anónimos: no se registrará ningún dato que lo identifique.

12. ¿Cómo, ¿dónde y por cuánto tiempo se almacenarán mis datos? ¿Cómo las destruirán luego de su utilización?

Los datos de su representado se almacenarán en **bases de datos informatizadas y respaldos electrónicos**, se conservarán durante siete (7) años, conforme lo establece la Ley de protección de datos del Ecuador en su artículo 20 y el Reglamento del CEISH - UTA. Después de este período serán destruidos con los métodos que cumplan con los procedimientos de la institución.

Se le pedirá que indique si desea que los datos de su representado no utilizadas sean destruidos o que se las vuelva anónimas en el caso que no lo sean (es decir, se les retire toda información que pueda relacionarlas con su representado) para posterior utilización en otra investigación.

Toda información que se haya obtenido hasta el momento en que retire su consentimiento para la participación de su representado será usada, pero no se obtendrá ningún otro dato.

13) ¿Mi representado puede ser retirado del estudio aún si yo no quisiera?

El investigador, el comité de ética, que supervisan el estudio pueden decidir retirar a su representado del estudio, si consideran que es lo mejor para él. También pueden decidir retirarlo por las siguientes causas:

No guardar confidencialidad: Si su representado divulga información confidencial sobre el estudio, el investigador o el comité de ética pueden decidir retirarlo del estudio para proteger la confidencialidad de los demás participantes.

No proporcionar información completa: Si su representado no proporciona información completa sobre su salud o su participación en el estudio, el investigador o el comité de ética pueden decidir retirarlo del estudio para garantizar la seguridad de los participantes.

Faltar a las actividades planificadas: Si su representada falta a las actividades planificadas del estudio, el investigador o el comité de ética pueden decidir retirarlo del estudio para garantizar la validez de los resultados.

14) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de los datos personales de mi representado? ¿Cómo harán para que su identidad no sea conocida?

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a los datos personales del participante representado por usted, él no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código compuesto por código de la institución. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas médicas o presentados en congresos médicos, la identidad de su representado no será revelada.

Usted como titular de los datos personales de su representado tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en la Ley, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

15) ¿Quiénes tendrán acceso a los datos personales de mi representado?

Como parte del estudio, el Investigador Principal y todo el equipo de investigación tendrán acceso a los resultados de los estudios, como los test aplicados, tareas y fotos del participante al que usted representa.

17) ¿A quiénes puedo contactar si tengo dudas sobre el estudio y los derechos de mi representado, como participante en el estudio de investigación?

17.1. **Sobre el estudio:** contactar al Investigador Principal: Psic. Edu. María José Álvarez Valencia en Huachi Grande o al teléfono 0998777778.

17.2. Sobre los derechos del participante en el estudio de investigación:

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el CISH-UTA. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Investigador al 0998777778, o presidente del CISH.

SECCIÓN II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo como representante legal de , declaro que he leído el documento de consentimiento, que he comprendido los riesgos y beneficios de mi representado al participar; el responsable ha respondido a todas mis preguntas, mediante explicación satisfactoria, conozco que la decisión de autorizar la participación de mi representado es libre y voluntaria, por lo que consiento libremente que sea incluido y se le realicen los procedimientos propuestos en el estudio, sé que tengo el derecho de retirarlo de la investigación en cualquier momento, sin que esto afecte las atenciones a las que tiene derecho, solamente debo informar al investigador.

Al firmar el documento de consentimiento informado, en calidad de representante legal de.....NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley le corresponden. Sé que se me entregará una copia de este documento como representante legal, una vez suscrito el mismo por las partes.)

Fecha	Nombres completos del representante legal	Cédula Identidad	Firma
.../.../.....			

Fecha	Nombres completos del investigador responsable de obtener el CI	Cédula Identidad	Firma
...../...../.....	María José Álvarez Valencia	1803760055	

B. DECLARACIÓN DEL ASENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....Entiendo que la investigación consiste en Evaluar la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales en el nivel de autoestima de los adolescentes de octavo año de la Unidad Educativa Huamboya.

Entiendo que se hará lo siguiente:

- En una primera etapa, se aplicará un test para evaluar el nivel de autoestima inicial.
- En una segunda etapa, mi representado participará en un programa de terapia cognitivo conductual durante ocho semanas.
- En una tercera etapa, se le aplicará una nueva encuesta para evaluar su nivel de autoestima final.

Y sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo, así como retirarme cuando quiera. *Se me ha leído la información* y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde, si las tengo.

Por lo antes indicado:

Acepto participar en la investigación

No acepto participar en la investigación

Fecha	Nombres completos del participante	Cédula Identidad		Firma o huella digital
dd/mm/aaaa				

Fecha	Nombres completos del investigador responsable de obtener el CI	Cédula Identidad	Firma
dd/mm/aaaa	María José Álvarez Valencia	1803760055	

DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ (nombres completos del representante legal de (colocar los nombres completos del representado/a): _____), a pesar de haber aceptado inicialmente que **los datos personales** sean utilizados en la investigación **REVOCO** lo antes mencionado, y solicito que **los datos personales de mi representado/a**, así como la información obtenida del mismo sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley **me corresponden o a los derechos de mi representado/a**.

Fecha	Nombres completos del participante	Cédula Identidad	Firma
dd/mm/aaaa			

Fecha	Nombres completos del testigo de la revocatoria del CI	Cédula Identidad	Firma
dd/mm/aaaa			

Fecha	Nombres completos del investigador responsable	Cédula Identidad	Firma
dd/mm/aaaa	María José Álvarez Valencia	1803760055	

Anexo 1. INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
PROGRAMA DE PSICOTERAPIA**

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado académico de
Magister en Psicología Clínica mención Psicoterapia

**Tema: “TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES COMO INTERVENCIÓN
PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES”.**

Autora: Psic. Edu. María José Álvarez Valencia

OBJETIVO:

Evaluar la efectividad en las Técnicas Cognitivo-Conductuales mediante un análisis comparativo antes y después de la intervención terapéutica para el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

NOMBRE: _____ **AÑO LECTIVO:** _____

EDAD _____

GENERO: _____

LUGAR DE RESIDENCIA _____

INSTRUCCIONES:

Si la declaración describe como te sientes usualmente, coloca una “X” en el casillero “VERDADERO”, si no te describe coloca una “X” en “FALSO”.

		Verdadero	Falso
1.	Paso mucho tiempo soñando despierto.		
2.	Estoy seguro de mí mismo.		
3.	Deseo frecuentemente ser otra persona.		
4.	Soy simpático.		
5.	Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.		

6.	Nunca me preocupo por nada.		
7.	Me abochorno (me da plancha) pararme frente al curso para hablar.		
8.	Desearía ser más joven.		
9.	Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera		
10.	Puedo tomar decisiones fácilmente.		
11.	Mis amigos gozan cuando están conmigo.		
12.	Me incomodo en casa fácilmente.		
13.	Siempre hago lo correcto.		
14.	Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela)		
15.	Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.		
16.	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.		
17.	Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.		
18.	Soy popular entre compañeros de mi edad.		
19.	Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.		
20.	Nunca estoy triste.		
21.	Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.		
22.	Me doy por vencido fácilmente.		

23.	Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.		
24.	Me siento suficientemente feliz.		
25.	Preferiría jugar con niños menores que yo.		
26.	Mis padres esperan demasiado de mí.		
27.	Me gustan todas las personas que conozco.		
28.	Me gusta que el profesor me interrogue en clase.		
29.	Me entiendo a mí mismo		
30.	Me cuesta comportarme como en realidad soy.		
31.	Las cosas en mi vida están muy complicadas.		
32.	Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.		
33.	Nadie me presta mucha atención en casa.		
34.	Nunca me regañan.		
35.	No estoy progresando en la escuela como me gustaría.		
36.	Puedo tomar decisiones y cumplirlas.		
37.	Realmente no me gusta ser muchacho (muchacha)		
38.	Tengo una mala opinión de mí mismo.		
39.	No me gusta estar con otra gente.		
40.	Muchas veces me gustaría irme de casa.		

41.	Nunca soy tímido.		
42.	Frecuentemente me incomoda la escuela.		
43.	Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.		
44.	No soy tan bien parecido como otra gente.		
45.	Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.		
46.	A los demás "les da" conmigo.		
47.	Mis padres me entienden.		
48.	Siempre digo la verdad.		
49.	Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.		
50.	A mí no me importa lo que pasa.		
51.	Soy un fracaso.		
52.	Me incomodo fácilmente cuando me regañan.		
53.	Las otras personas son más agradables que yo.		
54.	Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.		
55.	Siempre sé que decir a otras personas.		
56.	Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela.		
57.	Generalmente las cosas no me importan.		
58.	No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.		

PUNTUACIONES TEST DE COOPERSMITH

Los puntajes del Test de Autoestima de Coopersmith se interpretan de la siguiente manera:

Dimensiones	Puntaje	Interpretación
Autoestima total	100-114	Alta
	85-99	Media
	70-84	Baja
Autoestima social	10-14	Alta
	6-9	Media
	3-5	Baja
Autoestima académica	10-14	Alta
	6-9	Media
	3-5	Baja
Autoestima física	10-14	Alta
	6-9	Media
	3-5	Baja

ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante: Mi nombre es María José Álvarez Valencia, estoy realizando un trabajo de investigación, titulado “TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES COMO INTERVENCIÓN PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES”, dentro de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

Previo a la autorización de su representante legal para que forme parte del estudio me permito informar que el objetivo de la evaluación es evaluar la efectividad en las Técnicas Cognitivo-Conductuales mediante un análisis comparativo antes y después de la intervención terapéutica para el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes.

Además, debe saber que:

(1) No se beneficiará directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico

(2) Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, el sexo), otros están relacionados con las variables mencionadas en el título del estudio, y el número de cédula que, en caso de identificar a algún participante con niveles de riesgo o vulnerabilidad, se reportará a las instancias especializadas de la institución a la que pertenece para su seguimiento oportuno, siempre manteniendo el criterio de confidencialidad.

(3) Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

(4) No existe ningún coste por participar en este estudio. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

(5) Su participación es completamente voluntaria.

(6) Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento.

Si ha leído este documento y está de acuerdo, por favor, firme a continuación, y comience a rellenar los cuestionarios.

FIRMA:

.....
NOMBRE:

C.I.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante: Mi nombre es María José Álvarez Valencia, estoy realizando un trabajo de investigación, titulado “TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES COMO INTERVENCIÓN PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES”, dentro de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

Introducción:

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. Sin embargo, si tuviera alguna duda expésela al investigador antes de firmar este documento (puede contactar mediante correo electrónico: majitoalvarezvalencia@gmail.com

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto.

Propósito del estudio:

El propósito del estudio es evaluar la efectividad en las Técnicas Cognitivo-Conductuales mediante un análisis comparativo antes y después de la intervención terapéutica para el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes.

Procedimientos/explicación del estudio:

Con este objetivo, solicitamos la colaboración de los estudiantes de Octavo año de Educación General Básica. Se visitará a los estudiantes en marzo 2023 y se aplicará cuestionarios físicos para valorar los niveles de autoestima de los adolescentes antes de la aplicación de las Técnicas Cognitivo-Conductuales

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a estudiantes universitarios. El nivel de riesgo de la investigación es bajo puesto que, podría generar molestia ocasionada por el cansancio derivado de la administración los cuestionarios.

Confidencialidad:

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, el sexo), otros están relacionados con las variables mencionadas en el título del estudio, y el número de cédula que, en caso de identificar a algún participante con niveles de riesgo o vulnerabilidad, se reportará a las instancias especializadas de la institución para su seguimiento oportuno, siempre manteniendo el criterio de confidencialidad.

La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima. Sólo María José Álvarez y el tutor podrán establecer la relación entre los datos recogidos en el estudio.

.....

Anexo 3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tabla 6. Operacionalización de las Variables. Variable Independiente: Autoestima

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO	INDICADOR
AUTOESTIMA	La autoestima es la evaluación que se realiza del autoconcepto, que consiste en innumerables pensamientos y sentimientos que se tiene sobre si mismos.(Campoverde et al., 2019a)	Autoconcepto Área social Área familiar Área Escolar	Valoración de sí mismo, seguridad, estabilidad. Habilidad social, empatía, sentido de pertenencia. Concepción positiva o negativa dentro del núcleo familiar Relación con los compañeros, amistad y comportamiento entre pares.	Muy Baja autoestima moderadamente Baja Promedio Moderadamente Alta Muy Alta

Tabla 7. Operacionalización de las Variables Variable Dependiente Técnicas Cognitivas

Variable	Concepto	Estrategias	Técnicas	Indicador
Técnicas cognitivas	<p>Son técnicas que tienen como objetivo la modificación de la conducta.</p> <p>Consisten en proporcionar estímulos de una forma ordenada al paciente, con el objetivo de que esos estímulos faciliten la modificación de la conducta problemática.</p>	Reestructuración cognitiva,	Cambios en los pensamientos automáticos	<p>Nivel de autoestima:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy Bajo - Moderadamente Bajo - Promedio - Moderadamente Alta - Muy Alta
			1. Registro Diario: Describir la situación. Identificación de pensamientos, Identificación de emociones	
		Identificación de pensamientos automáticos	2. Atención plena Siéntate cómodamente en un lugar tranquilo. Cierra los ojos y respira profundamente. Evitar distracciones contrario en la respiración.	
			3. Identificar el pensamiento automático.	
		Generación de pensamientos alternativos	4. Reestructuración cognitiva	
5. Cambiar los pensamientos automáticos. Identificar la distorsión cognitiva que está presente en tu pensamiento automático.				

BIBLIOGRAFIA.

- Acevedo, M., & Gélvez, L. (2018). *Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente.*
- Aldo Huamani Olivera, S., & Morales, J. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*
- Angélica, M., Garcia, L., Docente, P., Raul, J., & Aliaga, P. (2020). *"la influencia entre la terapia cognitiva.*
- Antona, C. J., Joaquín García-López, L., Yela, J. R., Gómez Gómez, M. A., Salgado, A., Delgado, C., & Urchaga, J. D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. In *Psicología Conductual* (Vol. 14, Issue 2).
- Campoverde, S., Guillermo, W., Quezada Loaiza; Toro, R., & Lorena, M. (2019). *Autoestima en la adolescencia media y tardía Self-esteem in middle and late adolescents.*
- Cantú, M. A., Acevedo, A., & Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25, 1–10. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525207>
- Chavez, J., & Peralta, R. (2019). Depósito legal ppi 201502ZU4662. *Revista de Ciencias Sociales*, XXV, 2–17. <https://orcid.org/0000-0003-4120-001X>
- Chung, J. M., Hutemann, R., Van Aken, M., & Jaap, D. (2017). High, low, and in between: Self-esteem development from middle childhood to young adulthood Add to Mendeley Share Cite. *Journal of Research Personality*, 70, 122–133. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.07.001>Get
- de Portela Santana, M. L., da Costa Ribeiro, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una

- revisión. In *Nutricion Hospitalaria* (Vol. 27, Issue 2, pp. 391–401).
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Díaz, D., & Senra, N. de la C. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. In *Fecha de Aceptación: febrero*.
<http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/>
- Díaz, M., Ruiz, M. Á., & Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*.
- Fitri, N., Warni, H., & Yuniar Sari, N. (2022). *Progressive muscle relaxation therapy against anxiety in high school students related to the covid-19 pandemic*.
<http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Grajales, T. (2000). *Tipos de investigación*.
- Lara, B. (2020). *Revista de Educación y Desarrollo*. <http://www.imbiomed.com>
- López, T. (2020). *Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en autoestima, autoconcepto físico y competencia percibida: estudio de caso único*.
- Martínez, M. J. (2023). La autoestima en adolescentes: factores de género y su relación con la salud mental. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 23-35.
- Mera, S., & Ríos, L. (2018). *Propuesta de un programa cognitivo conductual en la autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar*. 1–101.
- Ministerio de salud pública. (2021). *“Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.”*
- Miranda, J., Miranda, J. F., & Enríquez, A. L. (2011). Adaptación Del Inventario De Autoestima Coopersmith. *Praxis Investigativa*, 3, 1–10.

- Ospino, C., Augusto, G., Suarez, C., Gamarra, J., & Sotelo, K. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta. *Duazary*, 12, 1–9.
- Paucarcaja, E. (2021). *Autoestima en pobladores del centro poblado la florida, satipo, 2021. Psicología-del-Desarrollo-PAPALIA-2009*. (n.d.).
- Ravalli, M. J., Calisti, N. L., Román, V., Abud, C., Zingman, F., De Textos, R., Dotro, V., & Diagramación, D. Y. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia*. www.unicef.org.ar
- Ribes, E. (1972). *Revista latinoamericana de psicología terapias conductuales y modificacion*.
- Rivera Medina, G. del P. (2022). *Implementación de un programa cognitivo conductual que permita regular la ansiedad en estudiantes de básica media, Guayaquil-Ecuador 2022*.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/96665/Rivera_MGDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Silva, M. N. da, & Monteiro, J. C. D. S. (2020). Evaluación de la autoestima de jóvenes universitarias según criterio de raza/etnia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3362. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3866.3362>
- Torres De Lamadrid, M., & Fernández, M. (2019). Terapia cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el fortalecimiento de la autoestima de una mujer homosexual. *Revista Electrónica de JPsicología Iztacala*, 22, 1–24.
- UNICEF. (2022). *En mi mente : promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia : estado mundial de la infancia 2021*. UNICEF.
- Vallejo Pérez, M. (2010). “Dificultades de aprendizaje.” *Innovacion y experiencias educativas*, 1–10.
- Villalobos, H. P. (2019). *Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal*.