

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES “DR. Y PROF. SANTIAGO ECHEGOYÉN”
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



INFORME DEL SEMINARIO DE PRE ESPECIALIZACIÓN

**ESTRATEGIAS DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL PARA LA ASISTENCIA
PSICOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON BAJA AUTOESTIMA DESDE EL
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

INFORME DEL SEMINARIO DE PRE ESPECIALIZACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:
MILENA JESÚS MORALES CARBALLO

ASESORA:
MSc. MERCEDES PADILLA

SAN SALVADOR, 27 DE MAYO DE 2024

Autoridades de la Universidad Evangélica de El Salvador

Dra. Cristina Juárez de Amaya
Rectora

Dra Mirna García de González
Vicerrectora Académica y de Facultades

Dra. Nuvia Estrada
Vicerrectora de Investigación y Proyección Social

Ing. Sonia Rodríguez
Secretaría General

MSc. Vladimir Cruz Barahona
Decano de la Facultad de Ciencias Sociales

MSc. Jennifer Melgar de Pacheco
Coordinadora de la Carrera de Licenciatura en Psicología

MSc. Marlon Lobos Rivera
Asesor del seminario de pre-especialización

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
Situación problemática.....	10
Enunciado del problema.....	14
Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Contexto del estudio.....	14
Justificación.....	16
METODOLOGÍA.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
A. Antecedentes de la asistencia psicológica cognitivo conductual hacia la baja autoestima	21
Bases epistemológicas del enfoque cognitivo conductual.....	23
Estudios previos.....	27
B. Desarrollo cognitivo y conductual en adolescentes	32
C. Principales tratamientos terapéuticos empleados en el abordaje de la baja autoestima en adolescentes desde la TCC.....	36
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	37

Terapia de Constructos y Terapia Cognitivo Conductual enfocada en Rasgos.....	39
Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).....	40
Terapia Cognitiva de Beck	43
<i>Mindfulness</i> como herramienta de la TCC	45
D. Proceso de autorregulación	46
Dominios de la autorregulación.....	48
Autorregulación emocional	52
CAPÍTULO III: ARGUMENTACIÓN	56
A. Objeto de estudio	56
B. Relación entre las categorías.....	61
Adolescentes, desarrollo, autorregulación emocional y baja autoestima	61
Terapia Cognitivo Conductual en el abordaje de la baja autoestima, estrategias de autorregulación emocional	63
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
A. Conclusiones	68
B. Recomendaciones	70
ANEXOS	73
Guía de preguntas para entrevista	73
REFERENCIAS.....	74

Índice de figuras

Figura 1: Modelo Modal del Proceso de Regulación Emocional según Gross y Thompson desde una perspectiva de la evaluación de la emoción y regulación de las emociones.....	53
---	----

Índice de tablas

Tabla 1: Estrategias cognitivas de autorregulación emocional para tratar la baja autoestima.....	65
Tabla 2: Estrategias conductuales de autorregulación emocional para tratar la baja autoestima..	66

A Dios, mi Padre celestial, y la Virgen María, mi dulce y santa madre, por su eterno amor, la fortaleza y guía que me han brindado a lo largo de mi vida y mi carrera. A mis padres, por apoyarme y esforzarse por asegurar mi futuro brindándome una buena educación. A mi hermana Vivian Carballo, por apoyarme toda mi vida. A la Universidad Evangélica de El Salvador, por formarme profesionalmente. Y finalmente, a mis colegas Adela Gómez, por el apoyo incondicional, y María Domínguez, por la especial y auténtica amistad.

RESUMEN

El conjunto de los constantes cambios en la adolescencia y el proceso de la autoestima en paralelo, exponen al adolescente a mayores fuentes de estrés y emociones intensas, lo que provoca una mayor sensibilidad y receptividad en relación a las influencias internas y externas. En consecuencia, al presentar dificultad para regular las emociones y adaptar sus respuestas al contexto en lo que concierne a las experiencias, se desencadena la dificultad para estabilizar las emociones, y consigo la baja autoestima.

Por tal motivo, la asistencia psicológica desde el enfoque cognitivo conductual en adolescentes con baja autoestima, aborda de manera integrativa la modificación de pensamientos, emociones y conductas adaptables al paciente, es decir que, al tomar en cuenta los factores de desarrollo, personalidad, y entorno se pueden utilizar estrategias de autorregulación emocional mediante la intervención de pensamientos, emociones y conductas, puesto que ayudan de manera inmediata ante los acontecimientos que provocan determinadas emociones y respuestas conductuales desadaptativas.

En este sentido, el estudio recolecta información acerca de la problemática y evidencia científica que respalda la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para proponer estrategias adaptables a los contextos en los adolescentes con baja autoestima de América Latina, debido al escaso interés por parte de las instituciones pertinentes y adolescentes para regular sus propias emociones, influyendo así en las valoraciones propias, pues de no ser tratado puede ser un factor predisponente a psicopatologías.

Palabras clave: *Adolescentes, baja autoestima, autorregulación emocional, Terapia Cognitivo Conductual, estrategias, psicopatologías.*

INTRODUCCIÓN

El proceso de adaptación a cambios o nuevas etapas a lo largo del desarrollo humano puede representar un reto difícil para el individuo, principalmente si la experiencia, el conocimiento y la madurez no son suficientes para comprender el mismo, no obstante, esto dependerá de las cualidades y capacidades propias para afrontarlo adecuadamente. En este sentido, durante la adolescencia los cambios biológicos, cognitivos, sociales, y de identidad, en relación a la transición de la niñez a la adultez, conlleva a un impacto psicológico que repercute en los pensamientos, emociones y conductas, dificultando así, la regulación de algunos procesos internos y externos.

Al mismo tiempo, los factores de desarrollo, experiencias adquiridas y el entorno influyen en las percepciones propias, por lo que, la autoestima puede verse afectada ante la alta receptividad y sensibilidad que se atraviesa en dicha etapa.

En concordancia con lo anterior, durante el primer capítulo de la investigación, se ha descrito la situación problemática del tema, destacando que la baja autoestima representa un factor de riesgo para los adolescentes de América Latina debido al desajuste psicológico que produce, por lo que, se identifica la importancia de investigar acerca del proceso de la autorregulación emocional en la baja autoestima y las estrategias aplicables para promover el bienestar de la salud mental y prevenir el desarrollo de psicopatologías. Por tanto, se plantea el objetivo de proponer estrategias de autorregulación emocional para la asistencia psicológica de la baja autoestima.

En el segundo capítulo, se aborda la conceptualización principal del estudio de manera estructurada. Se describen los antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual y las bases epistemológicas de esta para obtener la evidencia científica pertinente en el abordaje de la baja autoestima, los principales tratamientos terapéuticos desde la TCC para intervenir en esta

problemática con ayuda de la autorregulación emocional, tomando en cuenta el desarrollo cognitivo y conductual de los adolescentes, y el proceso de esta última en relación a los dominios y las experiencias adquiridas.

Con la información recolectada, en el tercer capítulo se destaca brevemente el interés del estudio y contextualización del tema. A continuación, se analiza la relación de las categorías: adolescentes, desarrollo, autorregulación emocional y baja autoestima; y la Terapia Cognitivo Conductual con las estrategias de autorregulación emocional, para proponerlas posteriormente en la asistencia psicológica para adolescentes.

Finalmente, se concluye el estudio respondiendo a los objetivos planteados, para proponer las estrategias de autorregulación emocional en programas de intervención en adolescentes y su investigación bajo el enfoque cognitivo conductual.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Situación problemática

La etapa de la adolescencia dentro del desarrollo humano conlleva a intensos cambios biológicos, intelectuales, afectivos y de identidad, donde, esta última supone un proceso adaptativo en el cual se vinculan las tres dimensiones de la autoestima: autoconcepto, autoimagen y autoeficacia (Camacho, 2006), que intervienen en la capacidad de expresión y regulación de los estados afectivos, a través del proceso cognitivo al que los adolescentes se introducen: del pensamiento operacional concreto a las operaciones formales; por lo que, se adquiere una mayor complejidad del pensamiento y procesamiento de información como lo mencionan Rosenblum y Lewis (2004) en su investigación “*Emotional Development in Adolescence*” (Citado en Colom y Fernández, 2009).

Como consecuencia, los cambios producidos en dicho período de vida aumentan la sensibilidad emocional, y, por tal motivo, intervienen en la autoestima de manera positiva o negativa. Por lo tanto, cuando ésta se ve afectada, representa un factor de riesgo para el adolescente debido a que altera su ajuste psicológico y social (Rodríguez y Caño, 2012). Partiendo de ello, la baja autoestima puede provocar una serie de síntomas patológicos como reacciones de ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas, conductas agresivas, antisociales o de autolesión, entre otras.

En efecto, tal y como lo mencionan Trzesniewski et al., (2006), los adolescentes con baja autoestima son 1.26 de 3 veces más probables a desarrollar el Trastorno de Depresión Mayor; son 1.60 de 3 veces más probables de padecer Trastornos de Ansiedad; y 1.32 de 2 veces más probables de ser dependientes del tabaco, alcohol o drogas, generando así, adicciones en la adultez.

Asimismo, cabe mencionar que, determinados patrones cognitivos y conductuales disfuncionales de los adolescentes con baja autoestima se desencadenan por situaciones o percepciones específicas. Por un lado, el factor sociocultural de la raza predispone a la baja autoestima, como lo plantean McClure et al. (2010), donde adolescentes estadounidenses de 12 a 16 años presentaron diferencias de baja autoestima en relación a su raza; considerando que, los afroamericanos presentan menos baja autoestima en comparación con los blancos, y que los hispanos tienen los niveles más altos de la misma.

Con respecto al factor de la percepción, la imagen que poseen los demás en relación al adolescente determinará la percepción que éste tenga sobre sí mismo, por lo que se considera que el sobrepeso y la delgadez inciden significativamente en la baja autoestima, puesto que, los adolescentes con obesidad, sobrepeso y delgadez representan el 30% de quienes poseen baja autoestima en referencia a otros factores, resaltando que son los que realizan escasa o nula actividad física (McClure et al., 2010).

Como resultado, la alteración de la percepción en la imagen o insatisfacción corporal, y el concepto propio puede considerarse como un síntoma precoz de los trastornos de conducta alimentaria (Sánchez, 2001; citado en Moreno y Ortiz, 2009); donde, el término “insatisfacción” se entiende como el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas que no permiten la aceptación propia (Moreno y Ortiz, 2009).

Considerando la etapa de intensos cambios que involucra la adolescencia, es pertinente plantearse, ¿Cómo afecta la autorregulación emocional en la baja autoestima de los adolescentes? ¿Por qué representa una problemática la carencia de estrategias adaptativas de autorregulación emocional en ellos?

Los procesos neurológicos, y las operaciones formales que le permiten al adolescente analizar su entorno de manera lógica para generar inferencias abstractas, produce un desarrollo más amplio en la percepción de los estímulos para adoptar nuevas experiencias (Colom y Fernández, 2009). En este sentido, cabe mencionar que las experiencias emocionales dependen significativamente de la valencia, intensidad y frecuencia de la emoción; además, la expresión emocional es también determinante en el proceso de regulación debido a la valoración que representa como habilidad social.

De este modo, cuando hay un desajuste en alguno de los elementos mencionados, el proceso emocional interfiere negativamente en los patrones cognitivos y conductuales, que impiden el desenvolvimiento adecuado en el entorno social, académico, y/o cultural (Pascual, 2008). Consecuentemente, se infiere que los adolescentes que presentan baja autoestima como factor de riesgo, adquieren experiencias emocionales desajustadas y no logran expresar apropiadamente sus emociones, debido a una nula, escasa o descontrolada expresión emocional.

Por consiguiente, la carencia de herramientas que le permitan al adolescente regular sus emociones de manera intra e interpersonal, impedirá la ejecución de conductas adaptativas. Lo que provoca la utilización de ciertas estrategias de autorregulación no adaptativas, como la inhibición, supresión emocional, aislamiento social, abandono psicológico, escasa aceptación, nula búsqueda de apoyo, entre otras conductas disfuncionales que empeoran el estado afectivo de los adolescentes, tomando en cuenta la alta sensibilidad y vulnerabilidad emocional que se presenta en dicha etapa de vida, y que influye tanto en su bienestar psicológico como fisiológico (Oberst et al., 2013).

Asimismo, la alta prevalencia de psicopatologías en la adolescencia con un origen específico en las alteraciones en los estados afectivos, estabilidad emocional y las experiencias obtenidas puede llegar a ser una problemática futura, perpetuándose en la etapa de la adultez; por lo que, se considera a la regulación emocional como un elemento imprescindible en psicoterapia precisamente para tratar problemas interiorizados, ligado a las cogniciones y los problemas exteriorizados, relacionados a los comportamientos disruptivos.

En concordancia con lo anterior, en el estudio de Caqueo-Úrizar et al. (2020) en Chile, se identificó que las dificultades en la regulación emocional poseen efectos significativos sobre los problemas interiorizados y exteriorizados, principalmente en las mujeres adolescentes, debido a un mayor porcentaje en la sintomatología depresiva, ansiosa, y dificultades en la regulación emocional que los hombres, por lo que, se considera tomar en cuenta programas e intervenciones principalmente psicoeducativas en los centros escolares debido al difícil acceso a los tratamientos en salud mental actualmente.

En este sentido, el difícil acceso a la psicoterapia y los escasos proyectos en pro de un mayor bienestar de la salud mental de los adolescentes es una problemática presente en Latinoamérica, debido a que en su mayoría se trata de países en vías de desarrollo, y no se le brinda la misma atención que en países desarrollados, por lo tanto, no todos los individuos conocen o le prestan interés a su estabilidad emocional, regulación de emociones o estados afectivos y cómo esto influye en su bienestar psicológico.

A partir de la problemática planteada, se ha identificado la necesidad de realizar una investigación que pretende compilar la evidencia bibliográfica pertinente acerca de la autorregulación emocional y su relación con la baja autoestima en adolescentes para tratarlo desde

el enfoque cognitivo conductual, y de esta manera, facilitar el desarrollo de las estrategias adaptativas de regulación emocional. Pues, más allá de identificar las estrategias más relevantes, se comprenderá su aplicabilidad precisamente en el abordaje de adolescentes con baja autoestima, proveyendo recursos valiosos para los profesionales en salud mental.

Enunciado del problema

¿Cómo las estrategias de autorregulación emocional implican una mejora en la baja autoestima de los adolescentes desde una perspectiva cognitivo-conductual?

Objetivos

Objetivo general

Proponer estrategias cognitivo-conductuales de autorregulación emocional como herramientas terapéuticas dirigidas a la mejora de la autoestima en adolescentes de Latinoamérica.

Objetivos específicos

- Describir el abordaje cognitivo conductual en función de la autorregulación emocional en adolescentes con baja autoestima.
- Analizar la relación de la autorregulación emocional en la autoestima de los adolescentes.
- Determinar las estrategias cognitivo conductuales de autorregulación emocional útiles en la atención de adolescentes con baja autoestima.

Contexto del estudio

América Latina es una región conformada por el conjunto de la mayoría de países del continente americano, donde las lenguas románticas son las predominantes, es decir, las lenguas

derivadas del latín, siendo el español (lengua principal hablada por más de cuatrocientos millones de personas), portugués y francés las más utilizadas. Dicha región, se encuentra formada por veinte países, la cual incluye a México, América Central, Islas Caribeñas y América del Sur. El término latino se acuñó a partir de la colonización de España, Portugal, y Francia, donde, el mestizaje que proviene de las culturas europeas y africanas, predominó en la región hasta la actualidad (Grimoldi, 2014).

En concordancia con lo anterior, la población de adolescentes con baja autoestima en la región puede considerarse significativa en relación a otras, pues, las diferencias entre países y las superposiciones demuestran que América Latina no cuenta con los recursos suficientes para insertarse al mundo globalizado; donde, factores como la salud, seguridad, calidad de educación, y la economía son fundamentales para el desarrollo humano, y en dicha región algunos países carecen más que otros con estos recursos para lograrlo (Kacowicz, 2008).

En consecuencia, se ha seleccionado a la población de adolescentes de Latinoamérica debido a la escasa atención que se le brinda a la salud mental en la región, motivo por el cual hay patrones conductuales o cognitivos desadaptativos en la sociedad y que comienzan a desarrollarse desde la infancia o adolescencia; por lo que, se ha identificado la importancia de desarrollar estrategias que brinden mayor estabilidad emocional y de autovaloración a los individuos durante la etapa de la adolescencia, fomentando de esta manera, conductas más adaptativas en la adultez.

En este sentido, el presente estudio pretende proponer estrategias de autorregulación emocional como herramientas útiles para mejorar la autoestima de los adolescentes bajo el enfoque cognitivo conductual, a través de la recopilación bibliográfica pertinente durante el período comprendido de enero a abril del año lectivo.

Justificación

El proceso de autorregulación emocional se activa como resultado del cumplimiento de una necesidad u objetivo contextual ya sea de manera consciente o inconsciente, sin embargo, la experiencia, expresión y otros factores determinantes dentro de la misma, pueden provocar dificultades para diferenciar la respuesta ante las demandas del entorno, volviéndola adaptativa o desadaptativa; y consecuentemente interferir en la estabilidad emocional del adolescente. Esta última hace referencia a las habilidades que tenga éste para afrontar las situaciones estresantes sin provocar mayor malestar emocional a través de conductas adaptativas; por lo tanto, la estabilidad emocional genera sentimientos que permiten identificar las habilidades, cualidades y valoraciones positivas de sí mismo para lograr esto.

Por consiguiente, toma relevancia analizar el factor de baja autoestima en los adolescentes a causa de los comportamientos de riesgo que pueden presentar en ausencia de una regulación emocional adecuada, como el temprano consumo de alcohol y drogas, conductas autolesivas, conductas sexuales de riesgo, entre otras (Formación Continuada a Distancia, 2017).

Con respecto a los datos de la baja autoestima de los adolescentes en la región Centroamericana, en el estudio de Iraheta y Álvarez (2020), se identificó el alto nivel de baja autoestima de estos en El Salvador en relación a los demás países de Centroamérica, donde, el 52.9% presentan baja autoestima, el 43.1% autoestima promedio y el 4% una autoestima alta, siendo éste el país con los niveles más altos de baja autoestima en Centroamérica.

En relación a la región latinoamericana, la prevalencia de baja autoestima en los adolescentes se desconoce debido al escaso interés que se ha presentado por las entidades pertinentes respecto al estudio de la misma, a pesar de esto, la variable ha sido investigada en

pequeñas proporciones de población de diferentes países por instituciones universitarias y entidades gubernamentales. No obstante, la Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2018) ha identificado el déficit emocional presente en los adolescentes de la región debido al estudio de las principales psicopatologías manifestadas en dicha población, siendo estas la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastorno afectivo bipolar, trastornos conductuales y de desarrollo, y discapacidades intelectuales; por lo tanto, se considera que esto afecta en las conductas futuras, pues hasta un 50% de las psicopatologías que afectan en la adultez comienzan antes de los 15 años de edad.

Por lo tanto, la regulación emocional representa un papel importante en la asistencia psicológica en pacientes con baja autoestima, lo cual sugiere el tratamiento de la autorregulación emocional como primer indicador dentro del proceso psicoterapéutico, puesto que, los procesos emocionales conllevan a la estabilidad de pensamientos racionales, emociones y comportamientos adaptativos que permiten una mejora en la autoestima. Esto hace coherencia con el estudio de Berking et al. (2008), donde se evaluó el impacto del tratamiento cognitivo conductual con una gran variedad de técnicas, destacando que los déficits manifestados en las habilidades de regulación emocional contribuyen al desarrollo y mantenimiento de patologías, o factores disfuncionales en ciertos patrones cognoscitivos o comportamentales, lo cual hace referencia a la baja autoestima en los adolescentes.

En este sentido, la utilización del enfoque cognitivo conductual se considera pertinente para intervenir en en la modificación o supresión de conductas, cogniciones y emociones desadaptadas, por adaptadas, y como consecuencia, se busca que el adolescente aprenda a responsabilizarse por sus procesos internos, los factores que le afectan, y ejerza control sobre ellos. Considerando que la autorregulación emocional es la experiencia, control y expresión de las

emociones para dirigir las conductas de manera adaptativa al contexto, por tal motivo, el estudio llevado a cabo va enfocado a proveer al adolescente herramientas útiles para realizar dichos procesos.

Por lo tanto, es crucial investigar profundamente la autoestima y los estados emocionales de los adolescentes de la región, con el propósito de promover el bienestar de la salud mental y prevenir psicopatologías relacionadas a la baja autoestima a través de la autorregulación emocional. Como resultado, la investigación aporta valor teórico y analítico a partir de la recopilación de evidencia bibliográfica sobre la autorregulación emocional en adolescentes con baja autoestima, y el enfoque cognitivo conductual para tratar esta problemática debido a su funcionalidad, con el propósito de facilitar recursos para los profesionales en la salud mental.

METODOLOGÍA

La estructura del estudio es de carácter monográfico, el cual, se encuentra enfocado en un tema específico y previamente delimitado para realizar un análisis científico de tipo cualitativo, el cual es caracterizado por la exhaustiva revisión de documentos desde diferentes fuentes para llevar a cabo un análisis de carácter inductivo, pues, el desarrollo de la investigación parte de lo general hacia lo particular para estructurar la misma a través de categorías de estudio. Por lo tanto, se trata de una investigación de tipo documental centrada en la recolección de información científica pertinente al estudio. En este sentido, la investigación adopta el carácter descriptivo, debido a la representación que se lleva a cabo del fenómeno de manera contextual por medio de la descripción del mismo, y el análisis de sus categorías a través de la obtención de información de manera independiente.

En cuanto a la recolección de información, se accedió a artículos científicos, catálogos en línea y bases de datos de Redalyc, SciELO, Dialnet, RITEC, RACO, *ScienceDirect*, y *ResearchGate*. Estas fueron utilizadas principalmente por ser en su mayoría bases de datos de Latinoamérica con amplio repertorio de documentos científicos en el área de interés de la investigación.

Se identificaron 684 documentos publicados entre los años 2000 y 2024, de los cuales se han elegido 77 entre los mismos años con una mayor concentración de trabajos entre el 2005 y 2020. Entre ellos se tomaron en cuenta documentos que sustentaron teóricamente la investigación para analizar el fenómeno en cuestión, siendo la teoría cognitiva de Aaron Beck (1963), la teoría Racional Emotiva de Albert Ellis (1962), la teoría de Constructos Personales de George Kelly (1955), la teoría del *Mindfulness* como herramienta (2010), la propuesta de dominios de

autorregulación emocional de Stuart Shanker (2013), y teoría de regulación emocional de Gross y Thompson (2006) las aplicadas en el estudio.

Con respecto a la búsqueda bibliográfica, se utilizaron las palabras clave en español e inglés: regulación/autorregulación emocional, baja autoestima, adolescentes, terapia cognitivo conductual, desarrollo cognitivo y conductual, estados emocionales, psicopatologías, estrategias. Además, para seleccionar la información se emplearon como criterios de inclusión los documentos publicados a partir del año 2000 en los idiomas español o inglés; y como criterios de exclusión los trabajos duplicados, no relacionados a la temática, y que no fuese de carácter científico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. Antecedentes de la asistencia psicológica cognitivo conductual hacia la baja autoestima

La Psicología se caracteriza por ser multifacética desde finales del siglo XIX a partir de la variedad de estudios que se han realizado, surgiendo de tal modo una dinámica teórica de diferentes experiencias humanas: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991, citado en Becoña y Oblitas, 2009).

Por un lado, el conductismo considera que el comportamiento o acción del individuo depende de las consecuencias del mismo, y ambos elementos determinan la cognición y el afecto; por otro lado, el cognitivismo se enfoca específicamente en las cogniciones, las cuales determinan los patrones conductuales y afectivos; y finalmente, para la teoría afectiva, los sentimientos son primarios y es el factor más importante para determinar conductas y cogniciones (Becoña y Oblitas, 2009).

No obstante, el auge del conductismo hasta los años sesenta contemplaba al sujeto en términos del aprendizaje clásico y operante que regían los patrones conductuales, para regularlos a través de una dinámica de premios y castigos. Sin embargo, con los estudios de Ellis y Beck en 1962 y 1963, se constituyeron dos de los principales fundamentos de la terapia cognitiva, surgiendo así, la revolución cognitiva por numerosos teóricos, la cual contribuyó a la creencia de que la representación de sí mismo y el entorno que lo rodea, es el resultado de un proceso cognoscitivo que opera bajo la orientación de los factores externos hacia los internos; el cual se encuentra conformado por la subjetividad del individuo, validado por la objetividad y univocidad del orden externo que el mismo brinde en paralelo con la racionalidad (Guidano, 1990; Saavedra, 2005), aspecto fundamental de mencionar, debido a que las variables cognitivas se consideran

como mecanismos causales dentro del marco conductual, las cuales no sólo desencadenan sino que mantienen patrones de alteración en éste.

Partiendo de esto, la evolución de la terapia cognitivo conductual ha buscado que los individuos brinden un significado cognitivo a las experiencias que obtienen, como parte del aprendizaje, considerado como uno de los procesos cognitivos básicos e imprescindibles para adquirir las mismas, además, se toma en cuenta que las disfunciones emocionales y conductuales son monitoreadas ciertamente por la cognición. En este sentido, las modificaciones que producen dichas alteraciones en los patrones afectivos o comportamentales, interfieren en la estabilidad de la autoestima, ya sea porque intervenga directamente en la autoimagen, autoconcepto o autoeficacia del adolescente. Pues, las valoraciones negativas de sí mismo desde sus diferentes dimensiones, en relación a las experiencias adquiridas, emociones, sentimientos, pensamientos y actitudes aprendidas se van interiorizando a lo largo del tiempo, reflejándose así en las conductas (Fernández, 2023).

Ellis explica esto con las creencias irracionales, las cuales conducen a una sobrevaloración o desvalorización personal, causando disfunciones, fracasos y estados estresantes, acorde a las experiencias obtenidas (Castro de Valerio, 2016). Por su parte, Beck afirma que los sentimientos se encuentran principalmente influidos tanto por el grado de importancia de determinadas características de la personalidad que han sido vulneradas o afectadas, puesto que, al devaluarse rasgos significativos de la misma por factores externos las respuestas afectivas serán negativas; como por las modificaciones que la autoestima atraviesa, las cuales son derivadas de valoraciones previas o comparaciones con otros individuos; asimismo, destaca que, toda autoevaluación desencadena respuestas emocionales que se manifiestan en placer, dolor, ira o ansiedad (De los Reyes, 2013).

Acorde a los hallazgos presentados, se infiere que la autoestima ha tomado relevancia a causa del impacto que genera en los patrones cognitivos, y como consecuencia, en los afectivos, a partir de la evaluación positiva o negativa de los estímulos externos que intervienen en los procesos emocionales. En este sentido, los cambios producidos en la adolescencia de carácter biológico, afectivo, de identidad y cognitivo, vuelve altamente susceptible a los adolescentes en relación al incremento de sensibilidad y adaptación a los nuevos cambios, por lo que, los juicios de autovaloración dependerán propiamente del contexto.

Bases epistemológicas del enfoque cognitivo conductual

Durante el desarrollo de las teorías que comprueban la efectividad de técnicas de modificación conductual y creencias disfuncionales de los individuos, los científicos han sido influenciados por otras teorías del tipo filosóficas, antropológicas, matemáticas, neurocientíficas, entre otras que van más allá del campo de la Psicología, además de tomar en consideración que la linealidad cronológica del enfoque cognitivo conductual no es posible debido al enlace continuo entre las teorías milenarias con las modernas. Por lo que, las diferentes percepciones abstractas, humanas, y mecánicas que han sido tomadas en cuenta para el aporte terapéutico actual cognitivo conductual, han contribuido a un paradigma epistemológico híbrido (Dupuy, 1996; Neufeld et al., 2011).

De esta manera, los descubrimientos de John B. Watson e Ivan Pavlov en el conductismo se ven influenciados por la lógica experimentalista de dos autores, por un lado, Aristóteles (384-322 a.C.) con la teoría del método experimental, la cual se origina en el hecho de que el médico al llevar a cabo un tratamiento de forma idónea sea capaz de curar y brindarle salud a un enfermo a partir de un diagnóstico específico, recalando que, cuando la teoría carece de experiencia y

desconoce al individuo contenido en ello, errará muchas veces en la cura de este (Cruz-Guerrero, 2020). Por su parte, John Locke con su teoría filosófica considerada empirista, afirma que la experiencia provee y a su vez, limita los conocimientos humanos; pues, ésta no sólo pretende reconocer el valor que trae consigo el conocimiento, sino que también, apreciar a la misma como legitimadora y limitadora de éste, considerando de esta manera que el análisis del conocimiento es la primera misión del filósofo para comprobar la veracidad de lo que se está analizando (Colegio Artístico Rafael Contreras Navarro, 2019).

Por consiguiente, se sostiene que dicha corriente del conductismo se basaba en el realismo, a partir de las experiencias originadas en la realidad (objetivamente) sin ser alterada por las características internas humanas (subjektivamente), pues, se buscaba la verdad por medio de la experiencia (Baum, 2006)

Por su parte, Edward C. Tolman (1959; citado en Barbosa et al., 2014), planteó que es imprescindible el organismo para describir de manera determinada el comportamiento, por lo que propuso el modelo Estímulo-Organismo-Respuesta (EOR) mediado entre la terapia cognitiva y la conductual; debido a esto, se estima que forma parte de los antecesores de la Psicología cognitiva.

En este sentido, se vio influenciado por el pragmatismo filosófico de William James, el cual planteaba dentro de la corriente subjetiva que la verdad es vista desde el marco social para adecuarse a la realidad (Rizo, 2008); el contextualismo de Stephen C. Pepper, quien propone que una de las hipótesis acerca de la realidad es guiar el énfasis no solamente en un acto determinado sino, en el contexto en el que sucede (Torres, 2020), y el neorrealismo de Ralph B. Perry y Edwin B. Holt, quienes explican que a lo mental se le concede el mismo grado de realidad que a lo físico,

y que, el ser humano es capaz de reconocer directamente sin representaciones, el mundo físico (Roca, 2009).

Dentro de este mismo marco, destaca Albert Ellis con la creación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), con el objetivo de identificar y modificar las creencias irracionales del sujeto para mantener un equilibrio emocional, como consecuencia de los patrones conductuales disfuncionales que provocan éstas. Se identifica, pues, que la teoría se basa propiamente en el principio de racionalidad, definido como las creencias, decisiones y conductas humanas para evidenciar la verdad con ayuda del conocimiento a través de un método operativo, recalcando que, todo lo que existe posee una causa intangible (Díez, 2017); de igual manera, se ve influenciado por la corriente del estoicismo, la cual planteaba que las emociones destructivas eran el resultado de alteraciones en el juicio (Barbosa et al., 2014).

A partir de las definiciones previas, es importante mencionar que la Psicología cognitiva aplica los planteamientos de Platón (428-348 a.C.), pues destacó a los procesos cognitivos (pensamiento, razón, análisis lógico) necesarios para alcanzar la racionalidad y conocer con ella la realidad; y los de Immanuel Kant (1724-1804), que ha permitido analizar desde su punto de vista el desarrollo de la representación del mundo físico en la mente de los individuos (Sternberg, 2008).

Se considera además, que otro filósofo influyente en el enfoque cognitivo conductual fue Karl Popper (1902-1994) con su Filosofía de la Ciencia, en la cual refutaba a la inducción a través del “falsacionismo” en relación a las teorías que realizaban los científicos de la época, los cuales se basaban en la observación para crear hipótesis; produciendo así sesgos según la percepción de cada científico, y de esta manera, generalizar lo objetivo. Por consiguiente, tomaba relevancia el

método deductivo, la crítica y la regla de que la probabilidad previa de cualquier ley debe ser igual a cero, para comprobar la veracidad de un fenómeno con un flujo incesante de evidencia observacional (Barroso, 2016).

Se observa por lo tanto que, la evolución del enfoque cognitivo conductual ha producido un fenómeno multidimensional en la terapia clínica, puesto que, la teoría filosófica de la complejidad en la década de 1970, determinó el diálogo entre las ciencias y la relación entre las diferentes perspectivas para establecer la unidad de la complejidad de manera integral.

Los estudios de esta corriente indican que el enfoque era experiencial y contextual, representado por una variedad de intervenciones, entre ellas, la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness*, la cual se basa en los principios orientales de meditación, con el propósito de intervenir en la atención plena para modificar la forma y función de los pensamientos, por lo que, cuando esta es estable se enfoca en un solo objeto, para comenzar a expandirse a otros episodios físicos y psicológicos (Segal et al., 2006).

Con respecto a la Terapia Dialéctico Conductual, su enfoque es considerado de tipo biosocial y dialéctico debido al proceso de modificación comportamental o cognitiva entre los elementos alternativo y contradictorio, utilizado comúnmente en el marco emocional para fomentar la aceptación de la realidad y los comportamientos; ésta terapia presenta influencias de Immanuel Kant (1724-1804), relacionado a la realidad, lo que supone el deseo de sobrepasar los límites de la lógica misma y comprender en contenidos, para generar afirmaciones objetivas no formales, sino reales. (Vega y Sánchez, 2013)

En relación a la Terapia de Aceptación y Compromiso, el objetivo principal es enfatizar la aceptación para que el sujeto adquiriera una mayor aproximación con sus valores, concediendo así,

la apertura al conocimiento propio de las experiencias emocionales y el de los demás, y establecer un repertorio nuevo y adaptativo de pensamientos y estados afectivos sobre los eventos vividos, la cual es basada en el contextualismo funcional las relaciones y la regulación verbal (Ribero Marulanda & Agudelo-Colorado, 2016); por lo tanto, se infiere que la influencia filosófica es de carácter complejo debido a la relación entre las doctrinas orientales, concepciones conductistas y cognitivas.

Como resultado, se considera que el enfoque cognitivo conductual es característico por ser integral con los conceptos filosóficos antiguos y modernos, además de las teorías propiamente psicológicas modernas y posmodernas, las cuales coexisten para generar cambios significativos en la evolución de dicho enfoque y enriquecer los orígenes epistemológicos.

Estudios previos

Consiguientemente, la evolución de los enfoques psicológicos no solo han permitido el amplio desarrollo de los métodos terapéuticos en base a las demandas de una variedad de trastornos, sino, la base para analizar distintos fenómenos disfuncionales en los patrones conductuales, cognitivos, y afectivos en la actualidad, en diferentes campos humanísticos. A continuación, se plantean investigaciones importantes que han contribuido al conocimiento acerca de la problemática del presente estudio.

En la ciudad de Barcelona, Oberst et al. (2013), realizaron un estudio para evaluar la relación entre las estrategias de regulación de la experiencia emocional de la ira y la tristeza de manera adaptativa, y el manejo adecuado de estas con uno mismo (autorregulación) y los demás (regulación interpersonal); en el cual se destacaron más las conductuales que las cognitivas. El presente se caracterizó por ser de enfoque cuantitativo de tipo correlacional, con una muestra de

296 estudiantes de la Facultad de Psicología (74 hombres [25%] y 222 mujeres [75%]) de tres universidades españolas, con una media de edad de 20,7 años, donde se utilizaron el Cuestionario de Regulación Emocional Intrapersonal e Interpersonal (CIRE-43) y la Escala de Funcionalidad para la Evaluación de las Metas de Regulación de Páez (2012).

En el cual, se concluyó que para la autorregulación, las estrategias adaptativas (regulación fisiológica activa, aceptación, autocontrol, expresión de emociones contrarias, confrontación y expresión regulada) se utilizan el doble que las desadaptativas (abandono psicológico, orientación de la atención a otro estímulo, rumiación, y regulación fisiológica pasiva) tanto en la ira como en la tristeza; así mismo, las estrategias utilizadas para la regulación auto e interpersonal fueron consistentemente las mismas, por lo que, se confirma la relación y funcionalidad de ambas variables.

Nuevamente en la ciudad de Barcelona, Company et al. (2015), con los hallazgos obtenidos previamente, realizaron un estudio para comprobar la eficacia de las estrategias de regulación emocional de la tristeza y la alegría que los jóvenes utilizan consigo mismos y los demás. Esta investigación examina el uso de 43 estrategias de regulación emocional en episodios de alegría y tristeza, con ayuda del Cuestionario sobre la Regulación Emocional Intrapersonal e Interpersonal (CIRE-43) y una escala de logro percibido en la consecución de metas emocionales después de utilizar la estrategia en dichos episodios de Páez (2012). Con una muestra de 324 estudiantes (69% mujeres) de cuatro universidades (Universidad Ramon Llull; Universidad de Lleida; Universidad Autónoma de Madrid; y Universidad Autónoma de Chile), donde, todos los participantes eran pertenecientes a la Facultad de Psicología, con una media de edad de 20.4.

Como resultado, se logró verificar que los jóvenes regulan la emoción positiva con menos frecuencia que la negativa, asimismo, utilizan mayormente las estrategias de autorregulación que las de regulación interpersonal para desenvolverse de mejor manera en los contextos sociales, por lo que, la eficacia comprobada se refleja en la adaptabilidad de las estrategias en cuanto a la emoción y el objetivo del joven.

En un estudio realizado en la ciudad de Valladolid, Del Valle et al. (2019), indagaron acerca del efecto del empleo de estrategias cognitivas de regulación emocional en relación a las habilidades de cálculo y comprensión lectora en estudiantes de secundaria y bachillerato. Para lograrlo, se aplicó el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CER-Q) para evaluar la frecuencia del empleo de estrategias cognitivas de regulación emocional, conformado por 36 ítems que representaban afirmaciones acerca de pensamientos que se producen a causa de eventos negativos. Además, para la evaluación académica, se aplicó la Prueba de Competencia Lectora para Educación Secundaria y el sub-test de aritmética de la Prueba de Logro de Amplio Rango WRAT-III. La muestra estuvo compuesta por 65 participantes de una escuela, de los cuales 61.5% eran mujeres y 38.5% eran hombres, con un rango de edades entre los 15-17 años, con una media de edad de 15.5.

Acorde a los hallazgos obtenidos, los resultados señalaron por un lado que, la utilización de estrategias de regulación emocional tienden a ser de tipo desadaptativo (autoculparse, rumiación y catastrofización) en relación al rendimiento de la prueba de cálculo, debido a la variación de capacidades intelectuales de los estudiantes, reflejado en la culpa, pensamientos negativos descalificadores y focalizarse continuamente en las emociones y pensamientos negativos relacionados a esos eventos. Por otra parte, el rendimiento en actividades de lectura tiende a ser mejor, representado por el empleo de estrategias adaptativas (aceptación y, en menor medida,

catastrofización); por lo que, la mayor frecuencia de utilización de estrategias desadaptativas de regulación emocional presentan un mayor impacto en actividades de mayor lógica, tomando en cuenta que esto dependerá a su vez, de las habilidades ejecutivas, capacidad de razonamiento, y habilidades sociales (Del Valle et al., 2019).

Asimismo, en la ciudad de Villavicencio, Cajamarca y Benjumea (2023), determinaron la relación entre la autoestima y la regulación emocional en estudiantes universitarios. El estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, transversal de alcance descriptivo-correlacional, con una muestra probabilística de 268 estudiantes de pregrado. Para llevarlo a cabo, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), con las cuales se afirmó que existe una correlación significativa con un tamaño pequeño entre las variables de autoestima y regulación emocional en los estudiantes. Recalcando que, cuando hay mayores niveles de autoestima el grado de regulación emocional y bienestar psicológico es de igual proporción, y por lo contrario, cuando la autoestima es baja se le dificulta a los estudiantes regular sus emociones adecuadamente, interfiriendo en distintas áreas de desenvolvimiento.

Siguiendo la línea del campo académico, en la ciudad de Concepción, Saldaña et al. (2021), indagaron acerca de la relación entre el nivel de autoestima y las estrategias de regulación emocional empleadas por estudiantes con alta capacidad intelectual en la etapa de preadolescencia, los cuales, formaron parte de un programa de enriquecimiento extracurricular. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional de naturaleza cuantitativa, con un muestreo intencionado por conveniencia, no probabilístico, conformado por 37 estudiantes entre 10 y 12 años de edad, comprendido por 21 mujeres y 16 hombres. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Autoconcepto para niños y jóvenes de Piers-Harris y el Cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes (ERQ-CA).

Conforme a los resultados adquiridos, no se encontró correlación estadísticamente significativa entre la autoestima y la estrategia de regulación emocional “reevaluación cognitiva”, no obstante, se encontró una correlación negativa, estadísticamente significativa entre la autoestima y la estrategia de regulación emocional “supresión expresiva”; por lo que, se concluyó que los estudiantes tienden a presentar un mayor nivel de autoestima que sus compañeros debido a la práctica de la reevaluación cognitiva, pues, la alta capacidad intelectual les permite progresar en el proceso de interiorización de estrategias regulatorias para tomar mejores decisiones y solucionar problemas en la mayoría de contextos.

En un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, D’Augerot et. al (2018), identificaron las relaciones entre las estrategias cognitivas de regulación emocional, el bienestar psicológico autopercebido, e indicadores de sintomatología psicológica con diferencias según sexo en adolescentes escolarizados en la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Con un tipo de estudio descriptivo correlacional y un diseño ex post facto retrospectivo, con una muestra de 238 adolescentes entre las edades de 13 y 16 años, respectivamente 97 hombres (40.8%) y 141 mujeres (59.2%). Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Regulación Emocional (CERQ) de Garnefski y Kraaij (2007), para evaluar las estrategias cognitivas de regulación emocional; la Escala Argentina de Bienestar Psicológico (BIEPS) de Casullo y Castro-Solano (2000), para evaluar el bienestar psicológico autopercebido; y el inventario de síntomas SCL-90 de Derogatis (1994), en su adaptación argentina para evaluar la sintomatología psicológica.

Acorde a los hallazgos obtenidos, las estrategias cognitivas de regulación emocional empleadas por los adolescentes fueron la rumiación, catastrofización, autoculparse, culpar a otros, poner en perspectiva, aceptación, focalización positiva, reinterpretación, y refocalización en los planes. De las cuales, la focalización positiva, reinterpretación y focalización en los planes se

consideran las estrategias adaptativas más utilizadas por las mujeres, y la focalización positiva por los hombres. En cuanto a la relación entre dichas estrategias y el bienestar psicológico autopercebido, las mujeres presentan una mejor percepción de bienestar psicológico cuando utilizan las tres mencionadas estrategias adaptativas, al igual que los hombres con la estrategia de focalización positiva.

Con respecto a la relación entre las estrategias utilizadas y los indicadores de sintomatología psicológica, las mujeres tienden a presentar malestar emocional en relación a la ansiedad y depresión al utilizar las estrategias desadaptativas, y los hombres, síntomas de somatización, ansiedad, obsesiones y compulsiones en relación a las estrategias desadaptativas identificadas.

B. Desarrollo cognitivo y conductual en adolescentes

Según De Caro (2013), la maduración del sistema nervioso concluye alrededor de los 20 años aproximadamente, en ciertas regiones cerebrales, especialmente en la corteza prefrontal, la cual constituye el control e inhibición de los impulsos, planificación y automonitoreo del comportamiento, toma de decisiones, anticipación de consecuencias a corto, mediano y largo plazo, flexibilidad cognitiva, razonamiento abstracto, entre otras. Donde, el razonamiento abstracto desempeña un rol fundamental dentro del desarrollo cognitivo del adolescente, pues, permite analizar los hechos del mundo real y los acontecimientos posibles a través del razonamiento y la lógica (Londoño, 2011). Asimismo, el pensamiento abstracto, dentro de las operaciones formales, le permite al adolescente reconocer cómo lo perciben los demás y los sentimientos que experimenta a partir de esto (Arrington, 2013).

Dicho proceso es posible debido a que durante la adolescencia el cerebro se sigue desarrollando y por tal motivo, es necesario que el individuo sea modelado. La educación es

fundamental, así como la protección de parte de sus progenitores/cuidadores para disminuir las probabilidades de conductas de riesgo, por lo tanto, es importante recalcar que, la experiencia durante esta etapa vital es crucial y sus efectos en la presencia de diferencias significativas, en relación a la crianza familiar, oportunidades académicas, los recursos disponibles, entre otras, varían el desarrollo cognitivo y la estabilidad emocional del adolescente (De Caro, 2013).

En virtud de ello, es imprescindible explicar el impacto de la experiencia en el proceso del desarrollo neurológico que conlleva la adolescencia. El proceso al que se le atribuye la capacidad de realizar los diferentes procesos cognitivos en esta etapa es a la neuroplasticidad, pues, esta permite el cambio drástico de la arborización dendrítica y sinaptogénesis durante la niñez, a la alta tasa de eliminación de conexiones sinápticas débiles o superfluas en la adolescencia, para aumentar la eficacia de los procesos cerebrales. Se cree que la eliminación sináptica depende de la respuesta neuronal a los factores ambientales y estímulos externos, motivo por el cual, el adolescente se mantiene desmesuradamente receptivo a la experiencia (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Otro proceso contribuyente al óptimo desarrollo cognitivo, es la madurez en la adolescencia, la cual influye como consecuencia en la autorregulación emocional. Con respecto a esto, el adolescente tiende a ser radical empleando mecanismos para ocultar sus emociones, ignorando el significado del acontecimiento que las ha causado. La madurez se encuentra estrechamente relacionada a una mayor espontaneidad de la experiencia emocional, donde se considera que no es suprimida, sino que modulada (López et al., 2005).

Es de esta manera que durante la adolescencia el sujeto utiliza la evitación, el distanciamiento, la intelectualización, o el desplazamiento, estrategias y defensas propias de la

etapa para proteger sus sentimientos, y al observar las consecuencias de esto, es que se van disminuyendo progresivamente estas conductas para generar estrategias más maduras, como la reevaluación de los acontecimientos negativos, el humor, el altruismo o la sublimación (López et al., 2005, pp.118).

Por tal motivo, en la adolescencia está presente la simultaneidad de funcionamientos infantiles y adultos en los procesos internos del sujeto, el cual posee un gradiente según la edad de éste. En el proceso de desarrollo humano esto es identificado como las tres etapas de adolescencia que atraviesa el individuo, comenzando por la adolescencia temprana (11-13 años), luego la adolescencia media (14-16 años), finalizando con la adolescencia tardía (17-20 años); lo que desencadena una amplia variedad de conductas tanto infantiles como adultas (Lillo, 2004).

Cabe mencionar que, los adolescentes procesan la información emocional de manera distinta a los adultos. En unos estudios de escaneo de la actividad cerebral de los adolescentes, se descubrió que en la etapa temprana, éstos utilizan la amígdala ubicada profundamente en el lóbulo temporal debido a su fuerte participación en las reacciones emocionales e instintivas; sin embargo, los adolescentes en la etapa tardía, utilizan principalmente el lóbulo frontal, el cual controla la regulación emocional y manejo de impulsos, procesos que permiten juicios más precisos y razonados (Papalia et al., 2009). Por tal motivo, algunas de las conductas de los adolescentes son poco prudentes, como el abuso de sustancias, riesgos en el comportamiento sexual, autolesiones, etc.

En virtud de ello, se han distinguido, según el estudio de Lillo (2004), los siguientes factores que ejercen un efecto especial en los patrones conductuales en la adolescencia:

1. Las relaciones establecidas con sus progenitores/cuidadores, las cuales evolucionan al sentido de dependencia emocional infantil a uno de independencia afectiva, donde el adolescente es consciente de sus pensamientos y sentimientos de manera autónoma, sin influir o condicionar a sus progenitores. Como consecuencia, reconocen la importancia de su privacidad al mantener información de manera confidencial y no confiar plenamente en sus padres.
2. Las relaciones establecidas con sus amigos, que en su mayoría adquieren un mayor valor en esta etapa debido al nuevo sentido de autonomía de sus padres, comparten las mismas experiencias que facilitan la transición de dicha etapa y representan identificaciones proyectivas en su identidad y nuevas capacidades; por lo que, la importancia de mantener relaciones interpersonales externas al grupo familiar será imprescindible en el desarrollo de estrategias de autorregulación emocional, pues, dependiendo del tipo de relaciones (funcionales o no) se desencadenarán patrones conductuales similares al de los demás.
3. Su percepción propia, la cual se encuentra estrechamente relacionada a su identidad, habilidades, capacidades, atributos, y la apropiación de su cuerpo, le permiten al adolescente generar una visión de sí mismo como persona integrada en tres dimensiones, a saber: autoimagen, autoconcepto y autoeficacia. Con ellas el adolescente explora el mundo exterior y lo proyecta en la transformación que experimenta, con el consiguiente cambio de sus relaciones sociales.

C. Principales tratamientos terapéuticos empleados en el abordaje de la baja autoestima en adolescentes desde la TCC

Con el objetivo de comprender a la autoestima y su tratamiento, es fundamental conocer el autoconcepto y el rol que presenta éste dentro de la misma. En este sentido, se entiende por autoconcepto la representación mental que posee el individuo en un momento del tiempo sobre sí mismo, y que interfiere en la propia imagen y los valores morales. Este se basa propiamente en las experiencias vividas desde la infancia con las demás personas y las atribuciones que realiza sobre él mismo en comportamientos determinados; por lo que, se identifica como integral, al formar el conjunto de creencias individuales en relación a la identidad existencial y las categorías de identificación que percibe consigo mismo para autodefinirse (Carreras et al., 2012).

Como resultado, la autoestima, permite la evaluación de las características y creencias del sujeto formadas a partir del autoconcepto y produce sentimientos acompañados por éste, los cuales se encuentran profundamente relacionados con el entorno familiar y el ambiente. En relación a eso, cabe destacar que la autoestima debe apreciarse desde un enfoque multidimensional, a causa del importante rol que representan los contextos familiares, escolares y sociales, pues a partir de ellos, las maneras de afrontamiento y estrategias de autorregulación serán determinadas de forma adaptativa o no (Rodríguez y Caño, 2012).

Por lo tanto, las percepciones propias y la evaluación de las mismas en determinados contextos socio-culturales, traen consigo el desarrollo de sentimientos y estados afectivos, que también determinan la imagen propia y el nivel de eficacia en el que el sujeto se desenvuelve (Vite López, 2008). Partiendo de los conceptos previos, se presentarán a continuación algunos tratamientos y técnicas desde la TCC para tratar la baja autoestima en adolescentes, los cuales han sido eficaces en relación a los resultados obtenidos.

Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Según McManus (2009), como su nombre lo indica, este constructo terapéutico se fundamenta en la validación de las cogniciones y el entrenamiento de nuevas habilidades con respecto a los patrones conductuales, con el fin de obtener mejores interacciones con el entorno y consigo mismo. La etiología de la baja autoestima dentro del presente enfoque, hace referencia a la aceptación de creencias irracionales propias que puedan fomentar la inhibición conductual o conductas compensatorias desfavorables para el sujeto; éstas son regidas por sí mismo, y a su vez, dirigen las demás conductas identificadas como adaptativas.

Asimismo, sostiene que la autoestima se incrementa cuando el paciente modifica sus creencias por pensamientos razonables sobre sí mismo, y lo refleja en sus conductas con ayuda de nuevas experiencias (McManus et al., 2009). Como resultado, fomenta el cambio de los pensamientos que mantienen la baja autoestima por medio de un entrenamiento en habilidades, las técnicas utilizadas para esto pueden ser el autorregistro y contrastación de los pensamientos automáticos; por lo tanto, se trata de que el sujeto invalide las creencias de autoevaluación negativas, reconociendo posteriormente las cualidades y características personales que posee (Whelan et al., 2007).

Acorde a Valdez (2019), la Terapia Cognitivo Conductual permite al paciente dirigir y regular sus respuestas cognitivas, emocionales y conductuales, las cuales se deben ir reforzando durante el proceso terapéutico y retroalimentar los avances para verificar el éxito del mismo. Como consecuencia, se espera que el terapeuta proporcione al individuo herramientas que le permitan afrontar las situaciones de manera adaptativa, eliminar la frecuencia, intensidad y duración de los patrones conductuales disfuncionales, y mejorar el estado de ánimo y bienestar individual.

En virtud de ello, la TCC incluye a las respuestas fisiológicas con origen afectivo en la implementación de estrategias específicas para tratar de ajustar dichas respuestas al contexto, y de esta manera lograr las metas u objetivos del sujeto. En este sentido, las técnicas de relajación y respiración profunda se consideran efectivas con respecto a las respuestas al contexto, debido a la calma que provocan para actuar de manera adaptativa (Ibáñez-Tarín y Manzanera-Escarti, 2012).

Asimismo, las estrategias hacen énfasis en las dimensiones de control interna y externa, de modo que ajusta el proceso emotivo, cognitivo y la regulación conductual originada por las emociones (Brenner y Salovey, 1997; Vargas y Muñoz-Martínez, 2013); que desde otras perspectivas implica cinco fases para lograrlo, a saber: la percepción, evaluación y expresión de la emoción; el efecto que producen las emociones en relación a las cogniciones; la comprensión y análisis de las emociones acorde a las experiencias y conocimiento emocional adquirido; la reflexión de las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional; y la respuesta conductual adaptativa (Pérez 2006; Vargas y Muñoz-Martínez, 2013).

Por lo que, el proceso de evaluación de la autorregulación emocional dentro de la terapia cognitiva conductual en el adolescente deberá tomar en cuenta las fases mencionadas y los problemas de ésta, los cuales subyacen en dos categorías, la primera implica complicaciones en la modulación de las experiencias emocionales y la expresión de las mismas; y la segunda, es el intento continuo o automático del control o supresión de las experiencias emocionales incluyendo la expresión de éstas; esto se puede reflejar en la disminución o desvío de la atención voluntariamente para evitar ciertas emociones, confirmando de esta manera, que no todas las estrategias de autorregulación son eficaces, puesto que dependerá de la demanda del contexto y la capacidad (Kashdan et al., 2006).

Terapia de Constructos y Terapia Cognitivo Conductual enfocada en Rasgos

Acorde a la investigación de Duro (2021), la terapia de constructos basada en la teoría de George Kelly y utilizada en el estudio de Pervin (1975; citado en Duro, 2021) enfocada en el rol fijo, y la Terapia Cognitivo Conductual enfocada en los rasgos personales de Hall y Tarrier (2003); tienen como propósito que el individuo logre identificarse con una serie de atributos personales, en el sentido de adaptación. Para ambas, la etiología de la baja autoestima radica en que el sujeto desconoce o no actúa acorde a los rasgos o constructos personales que valora de manera positiva, ya sea explícita o implícitamente, considerando que, el individuo le da un valor a la autoestima cuando es y se reconoce a sí mismo de cierta manera, pues, ha identificado previamente patrones y características negativas.

Por un lado, la terapia del rol fijo, se basa en los constructos de la personalidad para que a partir de ellos, el individuo experimente en nuevos escenarios el procesamiento de nueva información y la adaptación a los mismos, por lo que se le entrega al consultante un modelo de personalidad al que tiene que ajustarse. Dichos supuestos radican en la creencia de Kelly de “la anticipación de los acontecimientos”, la cual refiere a la estructura cognitiva que constituye el mundo propio de los individuos y da pauta a un patrón conductual, el cual es entendido como un subconjunto de una representación mental de la realidad que orienta emociones, motivación y esquemas cognoscitivos determinados (Moreno-Jiménez, 2014).

La presente, destaca al sujeto sus propios constructos personales, los cuales viene implementando con el propósito de valorar a los demás y principalmente a sí mismo, y consecuentemente presentarle una estructura de constructos a modo de rol para llegar a ser esa persona, motivando al paciente a pensar, sentir y actuar según éste (Pervin, 1975; Duro, 2021).

Por otro lado, Hall y Terrier le brindan un enfoque de rasgos personales a la Terapia Cognitivo Conductual en relación a la baja autoestima, para que el paciente identifique un perfil de rasgos deseados y se comporte acorde a estos. Para lograrlo, ambas utilizan la técnica de enlistar cualidades positivas que el individuo ya reconoce poseer (Hall y Tarrier, 2003), o hacerle de manifiesto los constructos personales más importantes en relación a los roles sociales significativos en su entorno, y consecuentemente, se adapte a la eliminación de ciertos constructos por la creación de otros.

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Albert Ellis, creador de la TREC, enfatiza en su teoría que el rol de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales es determinante, y la modificación de éstas conlleva a un cambio emocional y conductual. En relación a esto, plantea el modelo ABC para analizar la interrelación entre los acontecimientos, cogniciones y consecuencias, a saber: “A” refiere a los acontecimientos activadores, “C” la respuesta cognitiva, emocional o conductual, y “B” alude a las creencias sobre “A” lo que explica la respuesta “C”, las cuales pueden ser de carácter racional o no (Ruiz et al., 2012).

Las creencias irracionales pueden centrarse en las demandas o exigencias propias; el catastrofismo y exageración de la mayoría de situaciones que pudiesen afectar profundamente al individuo; la baja tolerancia a la frustración y la desvalorización propia, aspectos que se consideran estrechamente relacionados a la estabilidad emocional y autoestima. En este sentido, Ruiz et al. (2012) destacan las siguientes técnicas cognitivas y emotivas para tratar esta problemática:

1. Discusión y debate de creencias

Utiliza para debatir las creencias irracionales argumentos empíricos que validen o refuten la veracidad de sus creencias, asimismo, argumentos lógicos que analicen de manera racional las creencias, y finalmente argumentos pragmáticos que le permitan al individuo cuestionarse la funcionalidad de las creencias irracionales.

En relación a esto, se identifican dentro del proceso terapéutico las situaciones que desencadenan las dificultades en la regulación emocional, las creencias producidas a partir de ellas y la racionalidad de estas; tomando en cuenta que el adolescente es capaz de razonar y ser consciente de sus respuestas cognitivas, emocionales o conductuales. A partir de esto, se resaltan las creencias que son contradictorias con otras y se muestran las consecuencias negativas de lo que piensa acerca de sí mismo, y consecuentemente, se presentan los aspectos positivos. El debate puede realizarse de igual manera a través del debate socrático, el cual cuestiona abiertamente al sujeto sobre la detección de sus creencias racionales e irracionales, y los motivos de por qué lo son.

2. *Role-playing*

Se señalan situaciones específicas donde se manifiesta malestar o perturbación emocional, y se refleja en conductas desadaptativas. Ambas partes adoptan los roles de dicho escenario, y se van analizando a su vez, las creencias irracionales asociadas al momento para modificarlas por otras racionales y adaptativas al contexto, con ayuda de diferentes alternativas propuestas por el paciente.

3. Imaginación Racional Emotiva

Esta consiste en imaginar una situación determinada donde el paciente experimente emociones negativas o perturbadoras para cambiarlas por otras más apropiadas acorde al entorno, haciendo énfasis en la identificación de las creencias irracionales que acompañan dichas emociones. Como consecuencia, el individuo es capaz de regular adaptativamente sus emociones sin reprimirlas, evadirlas o expresarlas de manera disfuncional en la situación planteada para lograr aplicarlo posteriormente en situaciones reales, por lo que, es imprescindible la práctica de la visualización propia ante una variedad de contextos.

En cuanto a la etiología de la baja autoestima en la TREC, se relaciona a esta con las auto exigencias a través de la elevación personal, entendida como el conjunto de exigencias valoradas como inalcanzables desde la perspectiva propia, como la necesidad de aprobación de los demás para autoevaluarse, presentar constante temor al fracaso, sobre exigirse y manifestar consecuentemente baja tolerancia a la frustración, entre otras que interfieren en la autoestima; a partir de esto, se considera que si el adolescente presentara creencias o expectativas sobre sí mismo más razonables, su autoestima se elevaría (Roghanchi et al., 2013).

Por tanto, su principal objetivo es que el individuo reconozca las autoexigencias y las expectativas que posee de cara a una realidad objetiva, para adecuarse y actuar acorde a sus características personales, habilidades y capacidades, a través de la modificación de los pensamientos exigentes, por otros acorde la realidad manejable; así reducirían los niveles de frustración y malestares emocionales al no alcanzar las expectativas aún cuando estas sean imposibles (Lega, et al., 2017).

Terapia Cognitiva de Beck

Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión y déficits afectivos, enfocándose en resolver problemas actuales a través de la modificación de pensamientos y comportamientos desadaptativos. Además, con su teoría pretende que el paciente comprenda las formulaciones cognitivas identificadas dentro del proceso terapéutico, pues, la terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente con sus problemas actuales en términos cognitivos, es decir, reconoce sus pensamiento presentes y los niveles de estos, las emociones que traen consigo y como responde conductualmente ante determinadas situaciones. Cabe mencionar que a partir del conocimiento de dichos pensamientos, emociones y comportamientos problemáticos identificados, el terapeuta discrimine los factores desencadenantes que influyen en las percepciones del paciente, para formular hipótesis de las situaciones clave y los factores que las mantienen (Beck, 2000).

Sin embargo, para llevar a cabo un proceso terapéutico eficaz de la regulación emocional, es fundamental psicoeducar al adolescente sobre los pensamientos, la funcionalidad o no de éstos, las emociones que pueden provocar o que traen consigo, y el conocimiento de los factores que los mantienen. De esta manera, el adolescente se vuelve independiente para identificar los elementos cognitivos que interfieren en su conducta previamente practicado con el terapeuta; asimismo, controla tanto las experiencias como la expresión emocional de manera efectiva (Beck, 2000, pp.24).

Para lograrlo, la terapia cognitiva ofrece una variedad de técnicas, de las cuales el terapeuta selecciona a favor de la problemática del paciente. Cuando se trata de la problemática presente del estudio, las técnicas enfocadas a la autorregulación emocional fomentan una mejora en la

autoestima del adolescente debido a la estabilidad emocional que brindan; en este sentido, se han identificado algunas consideradas como eficaces dentro de terapia cognitiva:

1. Resolución de problemas

Es importante que el terapeuta identifique la capacidad del adolescente para resolver problemas, pues a partir de esto, el terapeuta deberá desempeñar un papel más activo al principio de la aplicación de resolución de problemas, con el objetivo de que el paciente logre realizarlo de manera independiente en el futuro. Con esta técnica, el adolescente puede identificar el problema, posibles soluciones, seleccionar la más conveniente, implementarla y evaluar la eficacia de ésta. Sin embargo, hay personas con más capacidad de resolución de problemas, por lo que, el terapeuta lo apoya en la guía de identificación de creencias disfuncionales que les impide solucionarlos (Beck, 2000, pp.235).

Esta técnica se lleva a cabo con la escritura del problema, los pensamientos automáticos y creencias indagadas, la percepción objetiva del problema, las posibles soluciones y la elección de la más acertada. Cada vez que sea necesario se plasma y evalúa su efectividad.

2. El rol de los pensamientos en los sentimientos

Esta hace referencia a la premisa fundamental de la terapia cognitiva, la cual plantea que la interpretación de un evento es la que determina la manera en la que el individuo se sienta o comporte. Por tal motivo, es importante explicarle esto al adolescente partiendo de la diferencia de pensamientos y sentimientos, y posteriormente, el terapeuta expresa cómo sus pensamientos pueden crear sentimientos, intensificarlos o disminuirlos en relación a su intensidad. Esto se puede realizar a través de una tabla de comparación donde el adolescente registre los pensamientos que

posee sobre un evento o estímulo y lo que siente al respecto en un período de tiempo determinado (Leahy, 2018).

3. Categorización de la distorsión del pensamiento

El terapeuta le explica qué son los pensamientos distorsionados y cómo identificarlos, ya sean relacionados a sí mismo, los demás, o situaciones específicas. Esto se puede realizar con los pensamientos automáticos, es decir, pensamientos espontáneos, que están ligados a sentimientos negativos o comportamientos disfuncionales a través de dos maneras: preguntarle al adolescente cuáles son los pensamientos de determinadas situaciones previas o posteriormente a los sucesos, o proporcionar una oración incompleta de dichos eventos para que el paciente la termine, con ayuda de una lista escrita de pensamientos automáticos y una de las distorsiones de cada uno (Leahy, 2018, pp.47).

***Mindfulness* como herramienta de la TCC**

De acuerdo con esta técnica, su etiología sobre la baja autoestima se basa en la alteración de la autoevaluación, exagerando fracasos y defectos, y al mismo tiempo minimizando sus éxitos, cualidades y habilidades; en relación a esto, se considera que a la baja autoestima se le atribuyen procesos de autocrítica y culpa de manera continua y exagerada. Partiendo de esta percepción, la presente considera que cuando el individuo se atribuye a sí mismo valoraciones, sintiéndose normal y aceptando quién es, a pesar de que sobreviniesen pensamientos que indiquen todo lo contrario, se reflejaría un aumento de la autoestima (Fennell, 2004).

El *Mindfulness* es el acto de dirigir la atención intencionadamente hacia el momento presente con ayuda de la aceptación, y para lograrlo es necesario que el sujeto lo realice con consciencia plena. Esta última coadyuva al sujeto a focalizar la atención plena, y a reducir la

rumiación obsesiva para incrementar los recursos disponibles, de esta manera, el paciente aprende a alejarse o dejar de implicarse en eventos que agravan las dificultades emocionales presentadas en la baja autoestima, y que se pretenden solucionar. Al mismo tiempo, esta técnica utiliza un modelo de pensamiento no permanente para que el sujeto se identifique con él, y logre un mayor equilibrio personal; debido a que, el resultado de la práctica continua de la consciencia plena, permitirá la modificación del contexto en donde los pensamientos y emociones son percibidos problemáticos o alterados (Vallejo, 2006; Hayes, 2002; Soriano y Franco, 2010).

Tiene como objetivo modificar los pensamientos del sujeto sobre sí mismo en cuanto a la realidad objetiva que mantiene presente, a determinados acontecimientos cognitivos de carácter transitivo, pues se trata de ideas aprendidas que parten de experiencias previas e intervienen en la consciencia. Es de esta manera, que se flexibilizan las interpretaciones para observar las situaciones y las ideas propias desde otros puntos de vista; reconoce que las percepciones negativas sobre sí mismo son solo posibilidades, no algo necesariamente verdadero; y permite el desarrollo de pensamientos conscientes en lugar de actuar según los automáticos (Duro, 2021).

D. Proceso de autorregulación

La autorregulación es un proceso fundamental por las distintas implicaciones que conlleva en varios dominios humanos y la estrecha relación que mantiene con los contextos, por lo que, su definición se valora desde distintas percepciones. Es considerada como la capacidad de controlar la energía individual acorde a las demandas de las actividades diarias y los contextos, manejar las emociones, gestionar la atención, comprender y mantener las relaciones interpersonales, relacionado a la empatía para responder de manera adecuada (Shanker, 2013; Portilla, 2017).

De igual manera, esta es comprendida como una función cerebral que se encuentra presente en distintas dimensiones del desarrollo humano, pues, se trata de la capacidad de regular de manera voluntaria el comportamiento, pensamientos y emociones, sin embargo, es el resultado de un proceso que comienza desde la infancia y por tanto, el aprendizaje juega un rol importante para que la autorregulación sea de carácter adaptativo de manera simultánea con la comprensión de los procesos cognitivos y metacognitivos, las funciones ejecutivas y sistema atencional (Campos, 2013; Portilla, 2017).

Con respecto al desarrollo de la autorregulación, entendido como un proceso, el rol de los cuidadores juega un papel importante para determinar su adaptabilidad o no, lo cual coincide con los planteamientos de Vygotski en cuanto al desarrollo cultural de un niño, el cual tiene una función social en un comienzo con las interacciones interpersonales, y posteriormente una función individual con las interacciones intrapersonales, motivo por el cual la autorregulación es un proceso que empieza en el nacimiento y se va desarrollando en las siguientes fases de la infancia y adolescencia; cabe destacar que abarca funciones fisiológicas y funciones psicológicas intencionales (Muñoz-Muñoz , 2017).

En cuanto a la infancia tardía y la preadolescencia, son valoradas como las etapas en las que el cerebro madura significativamente en el área pre frontal, en la cual se llevan a cabo circuitos responsables de la regulación conductual, de impulsos, de toma de decisiones y el juicio moral (Lenroot y Giedd, 2006), además de las modificaciones dentro del proceso neurológico que lleva a cabo durante toda la adolescencia; razón por la que esta etapa es considerada con alta sensibilidad y crucial para tomar consciencia sobre las estrategias que se utilizan para responder adecuadamente al contexto y alcanzar sus objetivos.

Dominios de la autorregulación

En este sentido, es imprescindible realzar los dominios del proceso de la autorregulación que intervienen en diferentes funcionalidades del individuo; Shanker (2013) en su estudio del aprendizaje, plantea los dominios de la autorregulación emocional en la población infanto-adolescente, los cuales operan de manera integral para llevar a cabo una modulación adecuada ante las demandas propias y del entorno. Por lo que, es preciso destacar la descripción teórica de los dominios que se manifiestan a continuación:

1. Dominio biológico

El factor biológico dentro del marco de la autorregulación hace referencia a la actividad o nivel de energía en el sistema nervioso del individuo, los cuales varían frecuentemente entre las personas, situaciones, el temperamento, y los eventos experimentados o situaciones en las que se encuentra viviendo el sujeto. Por una parte, el Sistema Nervioso Simpático (SNS), el cual se encuentra encargado de acelerar para obtener una rápida acción, donde la hormona adrenalina se encuentra estrechamente involucrada, este puede desencadenar niveles extremos de preocupación o estrés cuando dicha aceleración es excesiva o prolongada, y consecuentemente, habrá un agotamiento rápido de energía, por lo que, las respuestas pueden ser de evitación, congelamiento o lucha (Shanker, 2013).

Y, por otro lado, el Sistema Nervioso Parasimpático (PNS), radica en la recuperación o desaceleración de una condición de reposo, donde la hormona cortisol se encuentra ligada en dicho proceso; por lo que, el exceso de desaceleración o prolongación puede formar estados hipo activos como el retraimiento y disminuir a su vez, la capacidad para recuperarse de situaciones de lucha, evitación o congelamiento. Ambos sistemas, forman parte del Sistema Nervioso Autónomo

(SNA), el cual, controla varios órganos y músculos del cuerpo, en la mayoría de ocasiones, de manera inconsciente. Por lo que, cuando el SNS y el SNP se mantienen en un estado equilibrado, conocido como homeostasis para una mejor funcionalidad, estos se pueden activar y desactivar eficientemente y no de manera continua (McEwen, 2006).

A partir de esto, Shanker (2013), plantea que los mecanismos biológicos de autorregulación permiten al sujeto bienestar físico, suficiente energía durante todo el transcurso del día, capacidad para recuperar dicha energía después de experimentar eventos negativos que provocan malestar emocional, capacidad de mantener la calma, de desarrollar hábitos saludables en relación a la alimentación y ejercicio físico para el buen funcionamiento motor.

2. Dominio emocional

En cuanto al área afectiva, esta permite la regulación emocional de manera ascendente de las emociones positivas y la regulación emocional en forma descendente de las emociones negativas. La investigación de Lawson (2002) citado en Shanker (2013), afirma que las emociones negativas excesivas son nocivas para la salud mental de los infantes y adolescentes; sin embargo, es importante que estos aprendan tanto de las emociones negativas como de las positivas, pues, a menudo se producen interacciones dinámicas entre la autorregulación de las mismas, con un propósito adaptativo.

Asimismo, se considera el desarrollo óptimo de las habilidades cognitivas del individuo depende principalmente de la adecuada funcionalidad de las emociones, donde precisamente enfoca su teoría Greenspan, el cual postula que la regulación emocional depende precisamente del desarrollo apropiado de la conciencia de las emociones y la capacidad de reflexionar.

Otro aspecto que prevalece, es la capacidad social que se desarrolla en la infancia a partir de la dinámica de interacciones que se aprende, debido a que permite comprender las situaciones sociales, actuar correctamente acorde a ellas y adecuar, además, los pensamientos y emociones. Inicialmente, los cuidadores son los que aportan las primeras interacciones y enseñan las conductas socialmente aceptadas, posteriormente, en las áreas de desenvolvimiento se aprenden otro tipo de interacciones que van moldeando incluso, la personalidad.

3. Dominio cognitivo

Por su parte, los procesos cognitivos mantienen una estrecha relación con los demás dominios debido a su relevancia en el desenvolvimiento de los demás. Para lograrlo, es necesario determinar ciertos procesos para el adecuado desempeño del presente dominio. Las funciones ejecutivas son consideradas como una serie de procesos cognitivos específicos que incluyen la planificación, memoria operativa, resolución de problemas, flexibilidad mental y actividades múltiples (Molfese et al., 2010); por otro lado, la metacognición es entendida como el conocimiento y comprensión del pensamiento propiamente, en relación a sí mismo, la demanda del contexto y tareas, y las estrategias de aprendizaje social.

De igual manera, este dominio abarca los procesos mentales de la memoria, atención, obtención y retención de información, y resolución de problemas; por lo que, cuando el individuo mantiene una mayor autorregulación de los dominios biológico y emocional, puede realizarlo a la vez a nivel cognitivo y, además, desarrollar nuevas habilidades en el proceso.

4. Dominio social

Como se ha mencionado en los conceptos previos, el grupo de personas y el contexto en el que se desenvuelva el individuo son dos factores imprescindibles en el desarrollo de habilidades

sociales; no obstante, se ven determinados por el entorno familiar, escolar y de otra área de desenvolvimiento. Las habilidades sociales dependen de las capacidades emocionales para modular las respuestas afectivas, reconocer las emociones adecuadas en cada contexto, y comprender las de los demás de manera más compleja; de igual forma, la capacidad para interpretar los pensamientos y emociones de los demás a través de sus acciones; y las habilidades comunicativas por medio de la modulación del habla, la comprensión del mensaje de los demás, el valor que el sujeto le da a las interacciones.

Cuando las situaciones representan dificultades que provocan malestares o incomodidad, las respuestas de autorregulación pueden presentar una variación adaptativa o desadaptativa, lo cual se refleja en los adolescentes que desde la infancia se les dificultaba la autorregulación en todos o en la mayoría de dominios, que, como resultado, las habilidades sociales pueden desarrollarse con ciertas disfunciones.

5. Dominio prosocial

El dominio prosocial hace referencia a los patrones conductuales positivos y útiles para fomentar la aceptación social y el establecimiento de relaciones interpersonales, el cual toma en consideración a la empatía, altruismo y moralidad como aspectos fundamentales para su desarrollo óptimo. No obstante, el adecuado funcionamiento de éste proviene del trabajo de manera integral de los demás dominios para actuar de adecuadamente acorde a las demandas del contexto.

Cabe mencionar que la empatía es fundamental en el desarrollo del presente dominio, pues, ha sido relacionado a la pertenencia que sienten los individuos, al importarle a los demás ya sea que haya un vínculo afectivo o no, motivo por el cual las sociedades necesitan las relaciones interpersonales a través de la conexión emocional.

Se puede caracterizar como un dominio intrínsecamente estresante, debido a la autorregulación constante que implica en los contextos sociales, lo cual puede representar un conflicto interno para el sujeto entre lo que quiere o siente y las demandas del entorno. Fenómeno que ocurre desde la infancia, cuando se aprende a través de “exigencias” a afrontar el entorno con el esfuerzo que se debe hacer para resistir el impulso egoísta y colocar los intereses de las demás personas antes del propio (Hirschi, 2004; Shanker, 2013).

Partiendo de este planteamiento, se infiere que el desarrollo del dominio prosocial en la infancia determina si en la adolescencia sea este adaptativo o no, dado que, si se manifiestan patrones de desregulación con influencia sobre los demás dominios, es probable que las conductas sean disruptivas con más frecuencia y de manera pública.

Autorregulación emocional

A lo largo del tiempo, las emociones han sido asociadas con la debilidad moral u obstáculos ante la razón, por lo que, su papel fue secundario frente a la cognición por mucho tiempo. Sin embargo, esta subestimación se ha reemplazado en la actualidad a través de la evolución de teorías debido a la importancia que representan para las respuestas cognitivas y conductuales por medio de la regulación y expresión (Campos y Cols., 1994; Londoño y Castro, 2011).

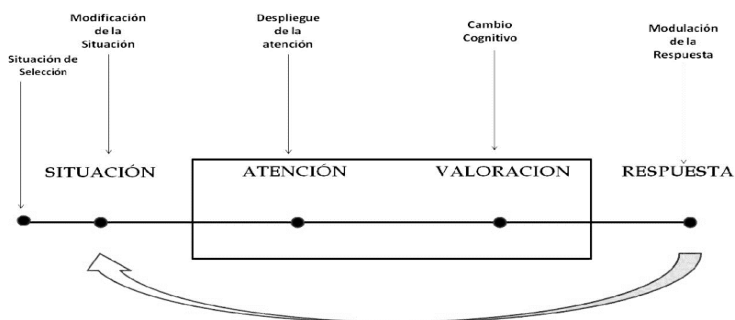
Para Chóliz (2005), la emoción es un proceso de experiencia multidimensional con los sistemas de respuesta cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo, motivo por el cual las emociones son imprescindibles en el marco intra e interpersonal a través de la creación de significados o imágenes, opiniones y cogniciones sobre sí mismo, las demás personas y los acontecimientos generados en distintos entornos. Por lo que, las dificultades para llevar a cabo alguno de dichos procesos alterarán las experiencias vividas a causa de la mala adaptación y

disfunciones en el proceso de simbolización constructiva, interfiriendo así, en los esquemas cognitivos de las emociones (Kinkead et al., 2011).

En este sentido, la regulación emocional hace referencia a toda aquella estrategia enfocada a mantener, reducir, aumentar o suprimir los estados afectivos en curso (Silva, 2005), modular la fisiología pertinente a las emociones, la atención, motivación, y como resultado las conductas en función de una adaptación social o biológica acorde a las metas propias planteadas.

Es relevante destacar para el profesional en la salud mental que, para identificar de una manera más clara las situaciones de influencia de las emociones en otros procesos o las capacidades de modulación emocional como autorregulación para el funcionamiento óptimo, es necesario conocer las demandas contextuales; como lo plantea el Modelo Modal del Proceso Emocional de Gross y Thompson (2006, citado en Kinkead et al., 2011) en la figura 1, el cual postula que ante eventos demandantes de respuestas, los individuos enfocan la atención en una serie de significados acompañados de simbolizaciones a través de la evaluación y comprensión de las situaciones para generar determinadas valoraciones, y como resultado, producir respuestas coordinadas y flexibles para alcanzar una meta.

Figura 1: *Modelo Modal del Proceso de Regulación Emocional según Gross y Thompson desde una perspectiva de la evaluación de la emoción y regulación de las emociones.*



Cabe mencionar que dicho modelo de autorregulación emocional está caracterizado por mantener y realzar la activación emocional o inhibirla/suprimirla; asimismo, las influencias externas juegan un rol muy importante para la implementación de estrategias de autorregulación, tomando en cuenta que factores como el tiempo e intensidad emocional determinará dichas estrategias (Kinkead et al., 2011, pp.30).

Por ende, toma relevancia mencionar que el proceso de regulación emocional se considera de carácter consciente debido a la ejecución de estrategias emocionales, cognitivas o conductuales ante las situaciones de manera voluntaria, así como el reconocimiento del momento y modo en que experimentan y expresan las emociones los adolescentes; lo cual hace referencia a la capacidad de distinguir los estados afectivos con ayuda del análisis de las experiencias emocionales; sin embargo, el control o modificación de dichos estados pueden ser funcionales o ineficaces en función de la adaptación al medio (Hervás & Vázquez, 2006).

En referencia al factor antagónico del óptimo control emocional, se ha identificado el interés de los investigadores en el campo clínico por la desregulación emocional como factor esencial de las alteraciones psicológicas, presentando una íntima relación con problemas de ansiedad, personalidad y depresión en la comunidad adolescente, las cuales pueden ser originadas por emociones específicas como la ira, frustración y estrés, como parte de la ineficacia de ciertas estrategias utilizadas por el sujeto (Compte, 2014).

La desregulación emocional refiere a las dificultades en las habilidades regulatorias o de modulación emocional, ya sea por las estrategias utilizadas para llevar a cabo el proceso o procesos afectivos poco desarrollados (Silva, 2005).

Debido al factor patológico que desencadena a largo plazo la desregulación emocional, es conveniente aclarar que, si el individuo presenta complicaciones para controlar la experiencia afectiva y distinguir estados internos de otros, la manipulación de los estados afectivos representará una dificultad para los demás procesos que intervienen en la autorregulación emocional (Silva, 2005, pp.209).

CAPÍTULO III: ARGUMENTACIÓN

A. Objeto de estudio

La adolescencia es caracterizada por ser una etapa de cambios en el individuo de tipo biológico, social, psicológico, sexual, neuropsicológico y de identidad, por lo que, se identifica como un momento de crisis en el desarrollo humano al finalizar la etapa de la niñez y comenzar la adultez, donde, el adolescente vive una especie de duelo al independizarse personalmente de sus progenitores y todas aquellas conductas consideradas por éste como “infantiles” dentro de un entorno sobreprotector, y a su vez, adquiere nuevas experiencias con perspectivas diferentes de la niñez, lo cual puede impactar en la formación de nuevos comportamientos.

Dicha independencia, es posible debido a la construcción de su identidad a través del fortalecimiento del autoconocimiento, que se desarrolla paralelamente a la autoestima desde la infancia, y que continúa su proceso dentro de la adolescencia con ayuda de la autoimagen y autoeficacia; sin embargo, es considerado como un proceso crítico debido a los continuos cambios en la vida del adolescente; por ende, el desarrollo de la autoestima en la adolescencia es imprescindible para brindar estabilidad emocional, conductas adaptativas y ajuste psicológico.

El conjunto de los constantes cambios en la adolescencia y el proceso de su autoestima en paralelo, expone al adolescente a mayores fuentes de estrés y emociones intensas, lo que provoca una mayor sensibilidad y receptividad en relación a las influencias internas y externas. Por lo tanto, al presentar dificultad para regular las emociones y adaptar sus respuestas al contexto en lo que respecta a las experiencias, se desencadena la inestabilidad emocional, y con ella la baja autoestima.

Asimismo, algunas psicopatologías surgen debido a un proceso de regulación afectiva deficiente, ya sea por las estrategias adoptadas y utilizadas por el adolescente, o por déficits en el desarrollo afectivo. No obstante, se toma en cuenta la capacidad de diferenciación emocional previa, la cual permite controlar las experiencias afectivas a través de la distinción de los estados internos y adaptar así, las respuestas conductuales o cognitivas al contexto.

Consecuentemente, las estrategias de autorregulación emocional se vuelven herramientas fundamentales para tratar la baja autoestima en adolescentes, debido a que mejoran la estabilidad emocional que es imprescindible dentro del tratamiento de esta problemática, y permiten establecer respuestas adaptativas al contexto de manera directa, a través del papel activo que adquiere el adolescente dentro del proceso cognitivo conductual.

En relación a esto, es fundamental destacar que la mayoría de estudios exhaustivos sobre la autorregulación emocional en adolescentes y la baja autoestima se han llevado a cabo en países desarrollados, donde los recursos brindados a la salud mental son mayores a los que poseen países en vías de desarrollo como los que pertenecen a América Latina, pues, se sabe que la inversión a la salud mental y los proyectos para promoverla son menores a los países desarrollados.

No obstante, algunos estudios de la región muestran indicadores importantes en relación a los estados afectivos y baja autoestima presente en los adolescentes. Según la Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2019), la depresión es la principal psicopatología en América, la cual es más frecuente en mujeres que hombres; asimismo, señala que la mediana de la brecha de tratamiento para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en grados moderados y graves en adultos es de 77.9% en Latinoamérica. Se considera que esta alta tasa es a

causa de la falta de recursos, conocimiento o interés sobre algunos factores de salud mental como los déficits en la regulación emocional y falta de atención psicológica durante la adolescencia.

Acorde a los datos de Aldana (2024) en la entrevista realizada, actualmente, los factores culturales como la inseguridad o violencia, factores sociales, como la búsqueda de una única red de apoyo durante la adolescencia, y las problemáticas sociales han impactado en la estabilidad emocional y comportamental de los adolescentes.

Ejemplo de esto son los déficits emocionales y conductuales provocados por el COVID-19 identificados en una investigación aplicada a adolescentes de Sur América, donde, la prevalencia de las dificultades emocionales y en los estados afectivos fue del 61.17%, presentando relación con los problemas en las relaciones interpersonales (54.49%) y sintomatología emocional negativa (52.40%), específicamente con un aumento de soledad, ansiedad, tristeza, y dificultades para socializar (Ferreira et al., 2022). La baja autoestima provocada por esta problemática desencadenó comportamientos y pensamientos que persisten en los adolescentes latinos en la actualidad en un grado menor, dificultando así, una buena salud mental que permita la adecuada regulación emocional.

Asimismo, Aldana (2024), explica que el impacto psicológico provocado por una variedad de problemáticas sociales, ha generado en los adolescentes modificaciones conductuales que no contribuyen a la autoestima y la regulación emocional. Los adolescentes en la actualidad son altamente influenciados, principalmente por la tecnología y plataformas digitales donde se pueden comparar continuamente con otros individuos o entornos, e interferir en las valoraciones propias. De igual manera, la dependencia emocional que estos manifiestan a una red de apoyo, como los noviazgos bastante normalizados desde la pre adolescencia o amistades específicas, no permite la

apertura a otros recursos humanos que pueden beneficiarlos de mejor manera como recibir apoyo emocional de su familia o profesionales de la salud mental. Acudir a esta red de apoyo, buscar la calma a través de música o videos, el humor, pensamientos intrusivos en exceso, ignorar las emociones negativas, y no expresarlas son las estrategias más comunes de autorregulación identificadas.

A su vez destaca que, a partir de estos eventos, los adolescentes tienden a presentar pensamientos intrusivos y disfuncionales acerca de la percepción del entorno y de sí mismo, y no siempre identifican el bien y el mal, en relación al proceso de aprendizaje. Además, presentan comportamientos como el aislamiento, disminución de la red de apoyo, conductas autolesivas, y desencadenamiento de adicciones a tempranas edades. Como consecuencia, estos pueden manifestar sintomatología de ansiedad, pánico, depresión, desregulación emocional, entre otros déficits emocionales, donde se necesitan herramientas más complejas como las autoinstrucciones y afirmaciones.

Los hallazgos obtenidos en un análisis de la Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2018), sobre los determinantes sociales de la salud mental y la adolescencia, indican que la riqueza nacional, la inseguridad, la desigualdad de ingresos y el acceso a la educación son los factores que afectan mayormente a la salud de los adolescentes. Asimismo, se destacó que el entorno protector y de apoyo es fundamental para que la población joven desarrolle todo su potencial y logre un mejor estado de salud en la transición hacia la adultez.

En El Salvador, los adolescentes son expuestos a la cultura de violencia, inseguridad, desigualdad, desinterés ante las problemáticas sociales, entre otros factores que intervienen en la expresión y regulación emocional, ejemplo de ello es el caso de la adolescente Emilia A.M.Z. de

17 años, quien presuntamente agredió a una compañera de clases en una institución educativa de San Miguel, dejándola en coma (Diario El Mundo, 2024). Acorde al Instituto Nacional de Salud (2023), el 15.6% de la población salvadoreña entre los 8-12 años de edad, y el 15% correspondiente a los 13-17 años de edad afirmó haber experimentado acoso en el entorno escolar acorde a los datos adquiridos en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2022.

Las conductas desadaptativas de los adolescentes manifestadas en el entorno escolar, el cual frecuentan diariamente, es un reflejo de los contextos a los que estos están expuestos en sus casas, comunidades y diferentes entornos en los que se desenvuelven, adquiriendo así, estrategias para regular sus emociones de manera inadecuada, como puede ser el aislamiento social o la evitación conductual, que lidere a conductas impulsivas ignorando el control emocional. Como consecuencia, la desregulación emocional representa una problemática para el óptimo desarrollo de la autoestima y el ajuste psicológico.

En este sentido, la ira, agresividad, y emociones relacionadas al conflicto, requieren estrategias que permitan un mayor control emocional en el adolescente para evitar comportamientos disruptivos que agredan a los demás y a sí mismo por medio de la asistencia psicológica; comenzando por la regulación fisiológica a través de la respiración profunda las veces necesarias para calmar los impulsos que generen conflicto, ejercer control conductual que permita identificar rápidamente las consecuencias de las acciones impulsivas que se deseen tomar para anteponer los valores morales propios y así, modificar la percepción del contexto para actuar adecuadamente, sin embargo, también se puede acudir a la búsqueda de apoyo emocional para tomar decisiones inmediatas y regular la intensidad de la emoción.

A pesar de las investigaciones acerca de las estrategias de autorregulación emocional y los beneficios que conlleva dentro de la intervención terapéutica en adolescentes, las intervenciones para tratar la baja autoestima no son aplicadas a todos los adolescentes que presentan esta problemática debido a la falta de recursos económicos, desinterés, desconocimiento de la asistencia psicológica, entre otros factores sociales. Además, no todos los padres de familia o cuidadores reciben formación acerca de la crianza y valores para educar a sus hijos en las instituciones educativas u otras entidades, dando pauta así, a la ignorancia sobre la importancia del bienestar mental de estos; puesto que es imprescindible que como responsables brinden las herramientas adecuadas a sus hijos para afrontar de manera eficaz las situaciones diarias a través del aprendizaje en la crianza e intervención terapéutica.

No obstante, las problemáticas sociales interfieren continuamente en el comportamiento humano, por lo que, se identifica la importancia de poseer herramientas para autorregularse de manera adaptativa ante las adversidades. A partir de esto, es que se manifiesta el interés académico por realizar la investigación para conocer la realidad de la problemática

B. Relación entre las categorías

Adolescentes, desarrollo, autorregulación emocional y baja autoestima

La adolescencia es caracterizada como una etapa de crisis humana debido a la transición de la niñez a la adultez, en la cual las dificultades emocionales varían en relación a los cambios, habilidades, capacidades y el entorno de cada individuo. Al mismo tiempo, el aprendizaje y los valores culturales adquiridos representan un rol determinante en la formación de un individuo

integral, por lo que, el entorno en el que se desenvuelva delimitará ciertas cogniciones y comportamientos ya sean adaptativos o no.

En concordancia con lo anterior, se vuelven importantes los factores que intervengan en el desarrollo del adolescente, ya sea de tipo biológico, psicológico, neurológico, social o de identidad; pues, marca los futuros procesos cognitivos y comportamentales del individuo. Es decir que, los tratos hacia el adolescente por parte de su familia y amigos, las conductas modeladas, las experiencias, la influencia interna y externa, la crianza, la educación en el hogar, la ausencia o no de recursos, entre otros factores, interfieren significativamente en el desarrollo del adolescente.

De igual manera, la madurez se ve involucrada en todo el proceso debido a los continuos cambios que favorecen a esta etapa de desarrollo. A través de las experiencias, el adolescente adquiere información y genera percepciones sobre su entorno, las cuales provocan determinados estados afectivos y a partir de ellos, éste actúa. Sin embargo, la capacidad para sentir y actuar adecuadamente dependerá propiamente de las percepciones generadas y el nivel de razonamiento del adolescente.

Es de esta manera que, en dicha etapa se presentan simultáneamente conductas infantiles, donde hay dificultad en la toma de decisiones y se actúa inconscientemente, y conductas maduras, las cuales manifiestan acciones conscientes de la realidad y capaces de solucionar conflictos a causa del proceso neurológico que atraviesan los adolescentes; por tal motivo se hace énfasis en las experiencias obtenidas y el entorno dentro del desarrollo del adolescente.

En este sentido, la autorregulación emocional, que implica la capacidad de controlar las emociones a través del mantenimiento, reducción, aumento o supresión de los estados emocionales, se considera crucial durante esta etapa debido a que promueve un desarrollo

adecuado de las habilidades del control afectivo de las respuestas emocionales con sentimientos positivos y de valor hacia sí mismo.

El valor atribuido a sí mismo parte de las percepciones y pensamientos sobre las características propias identificadas, la evaluación de éstas en determinados contextos formadas a partir del autoconcepto produce en paralelo sentimientos que configurarán el nivel de autoestima en el adolescente. Por lo que, la baja autoestima en éste manifiesta las percepciones alteradas o creencias irracionales acerca de sus características, habilidades, capacidades y valores que conforman su autoconcepto, además de la percepción visual de sí mismo, es decir, la imagen corporal y el desagrado sobre ella, y las dificultades para confiar tanto en sus capacidades como en su imagen para lograr sus objetivos.

Terapia Cognitivo Conductual en el abordaje de la baja autoestima, estrategias de autorregulación emocional

La construcción de dichas creencias irracionales o percepciones alteradas de sí, parten del desarrollo previo de creencias centrales que generan pensamientos automáticos negativos propios, de los demás o de las situaciones, e impacta en las respuestas emocionales y conductuales, proceso que puede fomentar la inhibición conductual o conductas desfavorables para el adolescente. Se considera fundamental conocer los procesos de la terapia cognitiva conductual específicamente para la aplicabilidad de las estrategias apropiadas para la baja autoestima en adolescentes.

Esto resulta importante dentro del marco terapéutico que se analiza en el estudio, pues, para incrementar la autoestima es indispensable que el adolescente modifique estos pensamientos por otros racionales a través de nuevas experiencias; sin embargo, es valioso resaltar que las creencias centrales no se pueden modificar fácilmente a diferencia de los pensamientos

automáticos. Por lo tanto, se considera a la TCC efectiva para abordar la baja autoestima en adolescentes, puesto que permite que estos invaliden las creencias relacionadas a la autoevaluación negativa, a través del reconocimiento de sus cualidades y características, y el entrenamiento de estrategias para actuar al mismo tiempo con las cogniciones y conductas que serán automáticas en un futuro.

Para lograr un proceso eficaz, es fundamental la psicoeducación en el adolescente acerca de la razonabilidad de sus pensamientos, las emociones que provocan y el conocimiento de los factores que las mantienen, con el fin de que éste adquiriera un papel activo e independiente dentro del proceso terapéutico, es decir, que identifique estos pensamientos, los modifique y consigo, los estados emocionales y las respuestas conductuales. Asimismo, que conozca las dimensiones de la autoestima para que identifique las percepciones acerca de cada una. De esta manera, el adolescente puede mejorar su estabilidad emocional en relación al conocimiento de los mencionados factores, con ayuda de la regulación de los procesos internos.

Debido a su estrecha relación, es importante tratar la baja autoestima a través de la asistencia psicológica de la autorregulación emocional, con ayuda de herramientas útiles que permitan la adaptabilidad al entorno y bienestar mental del adolescente, pues, éste no cuenta con la experiencia, el conocimiento y la madurez suficiente para realizarlo eficazmente si las valoraciones cognitivas sobre sí mismo no son las apropiadas, además de la variedad de factores que hayan influido en su desarrollo que se desconozcan.

En este sentido es que la base teórica de la TCC permite desarrollar estrategias de intervención en relación a la modificación del pensamiento y comportamiento, enfatizando las actitudes observables y los factores ambientales que contribuyen a la baja autoestima. Dichas

estrategias son consideradas como herramientas que intervienen en el pensamiento y la conducta ante una variedad de problemáticas de manera inmediata. Como resultado, las estrategias cognitivo conductuales propuestas a continuación surgen con el propósito de mejorar la autoestima mediante la autorregulación emocional en los adolescentes del contexto latinoamericano:

Tabla 1

Estrategias cognitivas de autorregulación emocional para tratar la baja autoestima.

Estrategias cognitivas	Descripción	Aplicabilidad emocional
Aceptación	Afrontamiento de las situaciones de manera objetiva a través de la apertura a emociones desagradables o negativas, aceptando los sucesos de manera responsable.	Estrés, desagrado, enojo, frustración, inferioridad, tristeza, desanimo.
Reevaluación cognitiva	Modificación de la percepción acerca de algún suceso, para cambiar la respuesta emocional.	Ira, estrés, frustración, decepción, tristeza, irritación, desagrado.
Auto reconfortarse	Reconocimiento de las cualidades y características propias, para animarse a sí mismo y destacar aspectos positivos de sí, los demás y las situaciones.	Inseguridad, miedo, tristeza, rechazo, inferioridad.
Focalización positiva	Identificación de aspectos positivos ante cualquier tipo de situación, y que pudiese beneficiar en un futuro.	Todas las emociones.

Atención plena	Enfocar la atención a la situación presente y a la experiencia interna (procesos internos como pensamientos, emociones y reacciones fisiológicas), para aceptarlo y modificar algunos procesos internos. De esta manera se disminuye o se suprime la emoción que interviene en la autoestima.	Tristeza, ira, inseguridad, miedo, estrés, enojo, rechazo, irritación
----------------	---	---

Nota: Las estrategias propuestas en la tabla han sido sintetizadas con la información recolectada en el marco teórico para posibles pautas de abordaje en la baja autoestima desde la TCC. La aplicabilidad de las estrategias propuestas varía dependiendo del adolescente.

Tabla 2

Estrategias conductuales de autorregulación emocional para tratar la baja autoestima.

Estrategias cognitivas	Descripción	Aplicabilidad emocional
Regulación fisiológica activa	Respiración profunda inmediatamente se comience a experimentar la emoción. Enfatización en realizarlo antes de ejecutar otra estrategia. Inhalación de 3-4 s, mantenimiento de 2-3 s, y exhalación de 4-5 s. Repetir las veces necesarias. Relajación muscular de ser posible, para liberar tensión ante una alta carga emocional.	Toda emoción que interfiera en el autocontrol.

Búsqueda de apoyo emocional	Reconocimiento de la importancia del apoyo emocional inmediato de los demás o profesional para controlar la emoción y no sobrecargarse emocionalmente.	Toda emoción que provoque respuestas desadaptativas.
Humor	Empleo del humor como emoción contraria a pensamientos irracionales específicos, para contrarrestar emociones que provoquen malestar. Reconocimiento de las creencias racionales.	Tristeza, estrés, frustración, decepción, inferioridad.
Control conductual	Identificación de las consecuencias negativas si se actúa desadaptativamente, priorizando los valores y reglas sociales aprendidas.	Ira, irritación, frustración, ansiedad, celos, hostilidad, y toda emoción que provoque respuestas conductuales desadaptativas.
Solución de problemas	Identificación objetiva del problema o situación, análisis de sus posibles soluciones y consecuencias, para actuar adaptativamente.	Angustia, ansiedad, estrés, irritación, insatisfacción, impotencia, tristeza.

Nota: Las estrategias propuestas en la tabla han sido sintetizadas con la información recolectada en el marco teórico para posibles pautas de abordaje en la baja autoestima desde la TCC. La aplicabilidad de las estrategias propuestas varía dependiendo del adolescente.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

- La autorregulación emocional es considerada como el proceso interno que permite mantener, reducir, aumentar o suprimir estados afectivos en curso, mediante estrategias que produzcan respuestas adaptativas al entorno en función de un objetivo o meta establecida. Sin embargo, es un proceso dependiente de factores de desarrollo humano, de personalidad y entorno durante las primeras etapas vitales del individuo, por lo que, las experiencias adquiridas en estas determinará patrones conductuales y cognitivos en la adultez. En este sentido, toma relevancia el rol que ejerce la autorregulación emocional en la asistencia psicológica cognitivo-conductual para la baja autoestima en los adolescentes, pues, los diferentes tipos de transiciones que atraviesan estos produce una mayor sensibilidad y receptividad a las situaciones que provocan malestar emocional y percepciones irracionales.
- El proceso de autorregulación emocional deficiente como característica de la baja autoestima es considerado como un factor predisponente de psicopatologías, pues hasta un 50% de estos en América Latina comienzan antes de los 15 años de edad. Se cree que es a causa de la inestabilidad emocional que conlleva la baja autoestima, la cual no permite que el adolescente regule correctamente algunos procesos internos y como consecuencia, los externos. Asimismo, se sabe que la principal psicopatología en América es de tipo afectivo, por lo que se considera imprescindible el desarrollo de planes de intervención sobre la autorregulación emocional, fomentando a su vez, una mejor calidad del entorno de los adolescentes.

- Actualmente los adolescentes de la región se ven altamente influenciados por el contenido de las plataformas digitales, las problemáticas sociales, la cultura, entre otros factores que intervienen en las percepciones de estos acerca de sí mismos, es decir, su valor, quienes son, sus características personales, habilidades, capacidades y su imagen corporal; los cuales se consideran predisponentes al empleo de estrategias desadaptativas como la disminución de la red de apoyo, pensamientos intrusivos, ignorar sus emociones, aislamiento social, entre otras que desencadenen conductas desfavorables para su autoestima.
- A pesar de las investigaciones acerca de las estrategias de autorregulación emocional y los beneficios que conlleva dentro del proceso terapéutico en adolescentes, las intervenciones para tratar la baja autoestima no son aplicadas a todos los que presentan esta problemática debido a la falta de recursos económicos, desinterés, desconocimiento de la asistencia psicológica, entre otros factores. Por lo tanto, la prevención ejecutada por el terapeuta deberá tomar en cuenta los factores que promueven la falta de autorregulación emocional y baja autoestima en la región, para ejecutar un plan de intervención que psicoeduce y concientice al adolescente, evalúe regularmente los avances de éste, asegurándose de esto con los padres y demás encargados.
- Las estrategias de autorregulación emocional bajo el enfoque cognitivo conductual permiten intervenir en las dimensiones de control interna y externa para ajustar las respuestas conductuales, cognitivas y emocionales a través de la identificación y expresión emocional, la relación de ésta con los pensamientos, la comprensión y análisis de las experiencias que provocan las emociones, y las respuestas ante los eventos. No obstante, la eficacia de las estrategias aplicadas dependerán tanto de la psicoeducación sobre la

autorregulación emocional, las dimensiones de la autoestima y el reconocimiento de las cualidades, capacidades y características propias, como de los factores personales y de desarrollo del adolescente.

- La Terapia Cognitivo Conductual es efectiva para tratar la baja autoestima en adolescentes, debido a la evidencia científica identificada para tratar esta problemática de manera estructurada a nivel cognitivo, emocional y conductual. Es decir que, interviene a nivel cognitivo para influir en las emociones y consecuentemente en las conductas a través de técnicas, tareas y estrategias dentro y fuera de terapia. A su vez, busca intervenir a nivel emocional y conductual para que el individuo modifique su comportamiento de manera integrativa, con los conocimientos previos obtenidos por medio de la psicoeducación proporcionada por el terapeuta.

Por lo tanto, el rol que adopta el paciente dentro de la TCC es activo, para desarrollar independencia del terapeuta y busque modificar el problema a través de las técnicas adquiridas y las aplique en la vida cotidiana. En este sentido, el psicólogo brinda apoyo terapéutico y se mantiene evaluando los avances o retrocesos del plan estructurado acorde a la problemática, por tanto, es de carácter dinámico.

B. Recomendaciones

Investigadores y profesionales en la salud mental:

- Debido a la relevancia que toma la autorregulación emocional en la autoestima de los adolescentes, se recomienda llevar a cabo investigaciones empíricas de la aplicación de estrategias de autorregulación emocional en adolescentes con baja autoestima desde el

enfoque cognitivo conductual, para que el respaldo científico manifieste el impacto de la aplicación de dicha propuesta en esta población.

- Se recomienda al terapeuta psicoeducar acerca de la autorregulación emocional y la baja autoestima al adolescente para que éste identifique la importancia de la terapia en relación a su bienestar mental; asimismo, tomar en cuenta que la aplicabilidad de algunas estrategias son avanzadas y deben practicarse constantemente para identificar avances.

Organizaciones y sistemas de salud:

- El rol de la familia y las instituciones educativas son fundamentales en el desarrollo del adolescente, por lo que, se recomienda que las entidades pertinentes en América Latina desarrollen programas de psicoeducación para los padres/cuidadores y profesores con el propósito de que se les eduque a los adolescentes acerca de la importancia de la autoestima y su relación con la autorregulación emocional, con respecto al impacto en la salud mental.
- Con el propósito de evitar el desarrollo de alguna psicopatología en la adultez, se recomienda a las organizaciones pertinentes y sistemas de salud en América Latina generar programas de intervención terapéutica a los adolescentes para tratar específicamente a la baja autoestima a través de la autorregulación emocional con ayuda de diversas estrategias cognitivo conductuales.

Familias y adolescentes:

- Se recomienda a las familias, fomentar entornos saludables y de apoyo emocional a los adolescentes poniendo en práctica la formación para padres acerca de la crianza, brindada en instituciones educativas y otras organizaciones. Asimismo, trabajar en colaboración con los profesores y profesionales encargados del bienestar de los adolescentes en las

instituciones educativas y de otra área de desenvolvimiento, ante cualquier dificultad conductual o emocional de estos.

- Se recomienda a los adolescentes, practicar las estrategias de autorregulación emocional adquiridas en la intervención terapéutica, identificando a su vez los pensamientos irracionales y conductas desadaptativas que no permiten la mejora de la autoestima.

ANEXOS

Guía de preguntas para entrevista

Entrevistada: Licenciada Keren Aldana, psicóloga clínica con experiencia infanto-juvenil.

1. Acorde a los intensos cambios que conlleva la etapa de la adolescencia, ¿Ha identificado la manera en la que estos intervienen en el proceso de la autorregulación emocional? ¿Qué factores intervienen en este proceso?
2. Acorde a su experiencia ¿Qué estrategias de autorregulación emocional ha identificado en los adolescentes en la actualidad?
3. Considerando que éstas pueden ser adaptativas o desadaptativas, ¿Cuáles conductas y cogniciones ha identificado que impiden la autorregulación emocional adecuada en los adolescentes?
4. ¿Qué conductas y cogniciones presentan los adolescentes en el contexto nacional con baja autoestima?
5. ¿Cuáles son las estrategias que usted utiliza para mejorar la baja autoestima de los adolescentes?

REFERENCIAS

- Aldana, K. (1 de Febrero de 2024). Entrevista acerca de las estrategias de autorregulación emocional para la asistencia psicológica en adolescentes con baja autoestima desde el enfoque cognitivo conductual . (M. Morales, Entrevistador)
- Arrington, R. (2013). Adolescent Psychosocial, Social, and Cognitive Development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354-359. doi:[10.1542/pir.34-8-354](https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354)
- Barbosa, A. d., Terroso, L. B., & Argimon, I. I. (2014). Epistemología de la terapia cognitivo-conductual: ¿matrimonio, amistad o separación entre las teorías? *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 34(86), 63-79. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v34n86/a06.pdf>
- Barroso, M. M. (2016). El falsacionismo Popperiano: Un intento deductivo de evadir la inducción. *Episteme NS*, 36(1), 29-39. Obtenido de <https://ve.scielo.org/pdf/epi/v36n1/art03.pdf>
- Baum, W. M. (2006). Comprender o Behaviorismo. Comportamento, cultura e evolução. Porto Alegre: ArtMed.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México, D.F.: Gedisa Editorial. Obtenido de <https://www.guiadisc.com/wp-content/pdfs/Terapia-COgnitiva.pdf>
- Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Terapia cognitivo-conductual: antecedentes técnicas. España y México: Universidad Santiago de Compostela/Universidad Intercontinental. Obtenido de https://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf

- Cajamarca , L. C., & Benjumea, L. J. (2023). *Autoestima y regulación emocional en estudiantes de la Universidad Santo Tomás seccional Villavicencio, Meta*. Villavicencio-Colombia: Universidad Santo Tomás/Facultad de Psicología. Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/52556/2023lauracajamarca.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
- Camacho, L. A. (2006). La influencia de la formación de la autoestima y el autoconcepto en la adolescencia. Universidad de La Sabana. Obtenido de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4616/130822.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caqueo-Urizar, A., Mena-Chamorro, P., Flores, J., Narea, M., & Irrázabal, M. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2), 203-222. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v38n2/0718-4808-terpsicol-38-02-0203.pdf>
- Carreras , G., Fuentes, M., & Tomàs, M. (2012). Evaluación de la autoestima de los estudiantes de ESO (Educación Secundaria Obligatoria). *Educación*, 48, 205-227. Obtenido de <https://raco.cat/index.php/Educación/article/view/259168/346435>
- Castro de Valerio, A. (2016). Reestructuración cognitiva conductual en el autoconcepto del adolescente. *Revista Educ@ción en Contexto*, 1(2), 98-114. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6296679.pdf>
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la Emoción: El Proceso Emocional*. Valencia: Universidad de Valencia/Departamento de Psicología Básica. Obtenido de <https://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>

- Colegio Artístico Rafael Contreras Navarro. (04 de Febrero de 2019). Historia de la filosofía moderna de John Locke. Ocaña, Colombia. Obtenido de <https://www.webcolegios.com/file/c72faf.pdf>
- Colom, J., & Fernández, M. d. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235-242. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320025.pdf>
- Company, R., Oriol, X., Oberst, U., & Páez, D. (2015). Perceived effectiveness of emotion regulation strategies in sadness and joy. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 45(3), 375-390. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/970/97044008009.pdf>
- Compte, A. (2014). *Regulación emocional: Concepto, estrategias y aplicaciones en la relación de ayuda*. Mallorca: Universitat de les Illes Balears. Obtenido de <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/848/Compte%20Boix%20Almudena..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cruz-Guerrero, D. (2020). Aristóteles y el surgimiento del método experimental. *Metanoia-Revista de Filosofía*(5), 59-90. Obtenido de <https://revistas.uarm.edu.pe/index.php/metanoia/article/download/230/152/178>
- D'Augerot, M. I., Bayo, M., González, R., & Bakker, L. (2018). Estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas y desadaptativas en adolescentes argentinos. Diferencias según sexo. *Anuario de Investigaciones*, 25, 413-427. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253049/369162253049.pdf>
- De Caro, D. M. (2013). El estudio del cerebro adolescente: contribuciones para la psicología del desarrollo. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en*

- Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Universidad de Buenos Aires.*, 28-31. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-054/332.pdf>
- De los Reyes, D. (2013). Aaron Beck o la terapia cognitiva ante el dolor y la ira. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Obtenido de <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/5206/1/Aaron%20Beck%20o%20la%20terapia%20cognitiva.pdf>
- Del Valle, M., Zamora, E. V., Andrés, M. L., Iurtia, M. J., & Urquijo, S. (2019). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre las habilidade de cálculo y comprensión lectora en adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 24(2), 58-65. Obtenido de https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/121282/CONICET_Digital_Nro.b5769a18-aa13-4aff-9821-a321faaa886e_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Diario El Mundo. (07 de Mayo de 2024). Noticias Nacionales: Agresión de una adolescente. Diario El Mundo. Obtenido de <https://diario.elmundo.sv/nacionales/detienen-a-adolescente-que-dio-golpiza-a-companera-de-clases-en-san-miguel>
- Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (y III). Razonamiento y racionalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 333-348. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n132/0211-5735-raen-37-132-0333.pdf>
- Duro, A. (2021). Revisión de terapias para la baja autoestima: Perfil clínico y mecanismos de acción. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 143-164. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7987077>

- Fennell, M. J. (2004). Depression, low self-esteem and *mindfulness*. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1053-1067. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.002>
- Fernández, V. (2023). *Estrategia cognitivo conductual para adolescentes con baja autoestima en la Institución Educativa Ricardo Palma de Huarandoza*. Pimentel-Perú: Universidad Señor de Sipán. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10921/Fernandez%20Ramirez%20Violeta%20Enma.pdf?sequence=12>
- Ferreira, C., Lima, C., Borges , B. H., Munhos, M. A., Jorge, P. M., & Bortolini, J. (2022). Problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes en el contexto de COVID-19: un estudio de método mixto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, 1-15. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/X5nF8pYj8WfyYS5V4HsHbQd/?format=pdf&lang=es>
- Formación Continuada a Distancia (FOCAD). (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. Consejo General de la Psicología de España/División de Psicoterapia. Obtenido de https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11_FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf
- Grimoldi, N. (2014). ¿De qué hablamos cuando hablamos de América Latina? Un análisis a través de las imágenes. Universidad Nacional de La Plata. Obtenido de <https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1104/te.1104.pdf>
- Hall, P. L., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 317-332. doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00013-X)

- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2), 9-36. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/235428353_La_regulacion_afectiva_Modelos_investigacion_e_implicaciones_para_la_salud_mental_y_fisica
- Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escarti, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *Revista Medicina de Familia Semergen*, 38(6), 377-387. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835931200069X>
- Instituto Nacional de Salud. (2023). *Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) El Salvador 2022*. El Salvador: Resultados Principales. Instituto Nacional de Salud. Obtenido de <https://www.unicef.org/elsalvador/media/5046/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%202022.pdf>
- Iraheta, B. E., & Álvarez, C. (2020). Análisis del sobrepeso y obesidad, niveles de actividad física y autoestima de la niñez salvadoreña. *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 17(1), 1-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237061117001>
- Kacowicz, A. M. (2008). América Latina en el mundo: globalización, regionalización y fragmentación. *Revista Nueva Sociedad*(214), 112-123. Obtenido de https://static.nuso.org/media/articles/downloads/3513_1.pdf
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 1301-1320. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>

- Kinhead, A. P., Garrido, L., & Uribe, N. (2011). Modalidades Evaluativas en la Regulación Emocional: Aproximaciones Actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 29-39. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807002>
- Leahy, R. L. (2018). *Técnicas de Terapia Cognitiva*. (Segunda ed.). Buenos Aires: Librería AKADIA Editorial. Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/download/391694/484951>
- Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico-práctica actualizada (Psicología Psiquiatría Psicoterapia)*. Barcelona: Ediciones Paidós. Obtenido de <https://ie42003cgalbarracin.edu.pe/biblioteca/LIBR-NIV319112021112031.pdf>
- Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 30(6), 718-729. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.001>
- Lillo, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(90), 57-71. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019660005.pdf>
- Londoño , E., & Castro, J. (2011). Sistemas dinámicos y regulación emocional. *Panorama*, 6(11), 129-150. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343929223008>
- Londoño, M. (2011). *Evaluación de un programa para el desarrollo del pensamiento formal en los alumnos del décimo año de educación básica, sección vespertina, del Instituto Tecnológico "Tena", Provincia de Napo*. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja. Obtenido de

<https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5936/1/INFORME%20de%20la%20INV%20ESTIGACI%C3%93N%20-%20Martha%20Londo%C3%B1o-PDF.pdf>

López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J., & Ortiz, M. (2005). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

McClure, A., Tanski, S., Kingsbury, J., Gerrard, M., & Sargent, J. (2010). Characteristics Associated with Low Self-Esteem among U.S. Adolescents. *Child and adolescent mental health*, 10(4), 238-244. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914631/>

McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 367-381. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181832/>

McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive-Behavior Therapy for Low Self Esteem: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 266-273. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/257485136_Cognitive-Behavior_Therapy_for_Low_Self-Esteem_A_Case_Example

Molfese, V. J., Rudasil, K. M., Beswick, J. L., Jacobi-Vessels, J. L., & Ferguson, M. C. (2010). Infant Temperament, Maternal Personality, and Parenting Stress as Contributors to Infant Developmental Outcomes. *Educational Psychology Commons*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/236745510_Infant_Temperament_Maternal_Personality_and_Parenting_Stress_as_Contributors_to_Infant_Developmental_Outcomes

Moreno, M. A., & Ortiz, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art04.pdf>

- Moreno-Jiménez, B. (2014). La psicología de los constructos personales: historia, presupuestos y alcance de una teoría. *Estudios de Psicología*, 6(23-24), 57-65. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65940.pdf>
- Muñoz-Muñoz, L. (2017). La autorregulación y su relación con el apego en la niñez. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(2), 807-821. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v15n2/v15n2a03.pdf>
- Neufeld, C. B., Brust, G. P., & Stein, M. L. (2011). Bases Epistemológicas de la Psicología Cognitiva Experimental. *Psicología: Teoría y Psicología*, 27(1), 103-112. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/ptp/a/DJVCxtgRTDRG6y45VJHbgzS/?format=pdf&lang=pt>
- Oberst, U., Company, R., Sánchez, F., Oriol-Granado, X., & Páez, D. (2013). Funcionalidad de las estrategias de autorregulación y regulación interpersonal de la ira y la tristeza. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 43(3), 381-396. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/970/97030658008.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y plan de acción regionales sobre salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018)*. Washington, D.C.: OPS. Obtenido de <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud mental-OPS/OMS*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Papalia, D. E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. (Undécima ed.). México, D.F.: McGrawHill. Obtenido de <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf>

- Pascual, A. (2008). Las emociones y la regulación emocional en los trastornos alimentarios: papel predictor y perfiles emocionales. Universidad del País Vasco. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=rDcLTCfRjmw%3D>
- Portilla, M. A. (2017). La autorregulación: Un horizonte de posibilidades. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación*(23), 9-15. Obtenido de <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/educacion/article/view/1163>
- Ribero Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5270389.pdf>
- Rizo, M. (2008). Pragmatismo, sociología fenomenológica y comunicología. Acción y comunicación en William James y Alfred Schütz. *Razón y palabra*(64), 1-12. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199520727004.pdf>
- Roca, M. S. (2009). Historia de la psicología. España: Editorial UOC. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Gabriel-Ruiz-4/publication/315489907_Los_neoconductismos/links/58d24b20458515b8d286758e/Los-neoconductismos.pdf
- Rodríguez, C., & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005>
- Roghanchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. C., Momeni, K. M., & Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and

- resilience. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 179-184.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.006>
- Ruiz, M. d., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Saavedra Guajardo, E. (2005). Conocimiento y desarrollo emocional, desde el enfoque cognitivo, procesal sistémico. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*., 1(12), 31-52. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/836/83601202.pdf>
- Saldaña, G. N., Flores-Oyarzo, G., & Illanes, J. R. (2021). Relación entre autoestima y estrategias de regulación emocional en estudiantes con alta capacidad que participan de un programa de enriquecimiento extracurricular chileno. *Calidad en la Educación*(55), 6-40. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/caledu/n55/0718-4565-caledu-55-6.pdf>
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Nueva York: Biblioteca de Psicología/Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-cognitiva-de-la-depresion-basada.pdf>
- Shanker, S. (2013). *Calm, Alert, and Learning-Classroom Strategies for Self-Regulation*. Toronto: Pearson Canada Inc.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*, 43(3), 201-209. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527698004>

- Soriano, E., & Franco, C. (2010). Mejora de la autoestima y de la competencia emocional en adolescentes inmigrantes sudamericanos residentes en España a través de un programa psicoeducativo de *Mindfulness* (consciencia plena). *Revista de Investigación Educativa*, 28(2), 297-312. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283321930005.pdf>
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicología Cognitiva* (4º ed.). Porto Alegre: ArtMed. Obtenido de https://skinnernaveia.files.wordpress.com/2019/08/sternberg_r.j.2008_psicologia_cognitiva.pdf
- Torres, A. (2020). *Hacia una terapia contextual-existencial: estudio de caso con una paciente con cáncer de mama*. Almería: Universidad de Almería. Obtenido de <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/10269/TORRES%20MARIA%2c%20ALEJANDRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Trzesniewski, K., Moffitt, T., Poulton, R., Donnell, M., Robins, R., & Caspi, A. (2006). Low self esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381-390. doi:[10.1037/0012-1649.42.2.381](https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381)
- Valdez, O. A. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual para el desarrollo de la autoestima en mujeres víctimas de abuso sexual*. Ciudad de Guatemala: Universidad Panamericana/Facultad de Humanidades. Obtenido de https://glifos.upana.edu.gt/library/images/0/08/Tesis_Oscar_Aroldo_Maldonado_Valdez.pdf
- Vega, I. d., & Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico5.pdf>

Vite López, M. I. (2008). *Autoestima adolescente*. Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de

<http://132.248.9.195/ptd2008/agosto/0630645/0630645.pdf>

Whelan, A., Haywood, P., & Galloway, S. (2007). Low Self-esteem: group cognitive behaviour therapy. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 125-130. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2007.00418.x>