



*Asociación de Psicología de Puerto Rico*

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

[www.asppr.net](http://www.asppr.net) E-mail: [info@asppr.net](mailto:info@asppr.net)

Revista Puertorriqueña de Psicología  
Volumen 21, 2010

# **Autoestima y juventud puertorriqueña: Eficacia de un modelo de intervención para mejorar la autoestima y disminuir los síntomas de depresión<sup>1</sup>**

**Brenda I. Vera Martínez<sup>2</sup>**  
**Jeannette Roselló**  
**José Toro-Alfonso**  
*Universidad de Puerto Rico*

## **Resumen**

Esta investigación tuvo el propósito de evaluar la eficacia de los talleres que ofrece el programa META<sup>3</sup> en el fortalecimiento de la autoestima de adolescentes y jóvenes adultos, auscultar si éstos eran eficaces en disminuir los síntomas de depresión y evaluar la existencia de una relación entre autoestima y depresión. Se utilizó un método de base experimental comparando un grupo experimental y un grupo de comparación. La muestra total consistió de 70 participantes entre las edades de 16 y 29 años de edad. Se encontraron diferencias significativas en el nivel de autoestima y sintomatología depresiva en los participantes antes y después del taller. Se identificó una relación fuerte e inversa entre las variables. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo de comparación debido, probablemente, a dificultades relativas al tamaño reducido de la muestra y la falta de aleatorización de la misma, entre otros.

**Palabras claves:** *autoestima, depresión en adolescentes, grupo de intervención*

---

<sup>1</sup> *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en marzo de 2009 y aceptado para publicación en diciembre de 2009.

<sup>2</sup> Toda comunicación sobre este trabajo debe hacerse a la primera autora a [brendairis@libertypr.net](mailto:brendairis@libertypr.net).

<sup>3</sup> Se refiere al programa Mejorando tu Autoestima de la Oficina para la Promoción y el Desarrollo Humano, Inc. en Arecibo, P.R.

### Abstract

This study had as its main objective the efficacy evaluation of a workshop implemented for META Program for strengthening self-esteem with adolescents and young adults; to explore its efficacy reducing depression symptoms and its relationship with self-esteem. The design was experimental with group comparison. The total sample consisted of 70 participants with ages between 16 and 29 years. We found significant differences between self-esteem and depression symptoms before and after their participation. Relation was strong and inverse. There were no significant differences between groups probably related to the reduced number of the sample and lack of randomization, among others.

**Keywords:** *self-esteem, depression in adolescents, group intervention*

*“Con los jóvenes nunca se logra todo lo que se quiere,  
pero jamás se pierde nada de lo que se hace”.*

*P. José María Fernández, Central de Juventudes  
Colombia*

En las últimas décadas, dado los cambios experimentados tanto a nivel social, político y económico, y considerando el impacto que éstos han tenido en las esferas de la salud mental, se ha tornado indispensable y requerido probar la eficacia y la efectividad de los servicios que se ofrecen en esta área (Crisp, Gudmundsen & Shirk, 2006; Echeburúa, 2001; March, Szatmari, Bukstein, Chrisman, Kondo, Hamilton, Kremer & Kratochvil, 2007; Path, 2006). De igual forma, ha tomado mayor relevancia considerar la evidencia de las prácticas o intervenciones terapéuticas ofrecidas por distintos profesionales de la conducta humana (Consumer Report, 1995), sobre todo en lo que concierne a modelos de intervención y poblaciones particulares (Bernal, 2000).

Existe una necesidad de adaptar y evaluar modelos, tanto de prevención como de tratamiento que muestren alguna validez empírica con poblaciones minoritarias, que pudieran servir como modelos de intervención en nuestro país (Rosselló & Bernal, 1999). Los modelos que se desarrollan para una población particular deberían considerar las características propias de su realidad social y cultural de tal forma que resulten en una mayor eficacia en su intervención (Bernal, 2000;

Rosselló & Bernal, 1999). Sobre el asunto, Bernal (2000) afirma que “es necesario elaborar instrumentos y elaborar modelos de evaluación que nos permitan documentar la efectividad de diversas intervenciones psicosociales” (p.80), en particular en lo concerniente a aquéllas destinadas a atender las necesidades psicológicas de los adolescentes y jóvenes (Crisp, Gudmundsen & Shirk, 2006; March, *et al.*, 2007).

Al considerar modelos de intervención que sirvan de referencia en el trabajo con la juventud es pertinente tomar en cuenta aquellos factores antecedentes que aumentan las posibilidades de que el adolescente “no se meta en problemas” y, a la vez, aquellos factores que lo protegen de las influencias adversas. Entre tales factores protectores individuales Burt (1996) incluye la autoestima. Las intervenciones dirigidas a los jóvenes, según la autora, deben recalcar la importancia de este tipo de factor protector, “proveerlo o reforzarlo”. Burt (1996), destaca la importancia de los programas que orientan al mejoramiento de la autoestima y autoeficacia de adolescentes y jóvenes.

Garaigordobil, Durá y Pérez (2005) hacen hincapié en la gran relevancia que está cobrando el autoconcepto y la autoestima en los últimos años, dentro del contexto de la identificación de factores protectores de problemas psicopatológicos en la adolescencia. Sobre este particular señalan: “...para prevenir problemas psicopatológicos durante la adolescencia es necesario identificar variables objeto de intervención con las que configurar programas para ser aplicadas durante la infancia y la adolescencia” (p. 53). Los resultados del estudio de Garaigordobil, Durá y Pérez (2005) tienen implicaciones en el contexto de la prevención sugiriendo que los programas de intervención que fomenten el autoconcepto y la autoestima pueden prevenir el desarrollo de problemas psicopatológicos asociados a la depresión y a la sensibilidad interpersonal, así como incidir positivamente sobre el rendimiento académico de los adolescentes y jóvenes.

La realidad juvenil en Puerto Rico amerita consideraciones importantes para aquellos que están comprometidos con la búsqueda de alternativas que sobrepasen las respuestas remediativas a los problemas sociales. Fortalecer el autoconcepto y la autoestima del joven puede ser una de esas alternativas que resulten en beneficio preventivo a niveles primarios y secundarios, ya que promueve que el joven sea capaz de juzgar sus acciones y evaluar qué aspectos de su vida necesita fortalecer o cambiar.

Burt (1996) señala que los programas de “atención terciaria”

sólo intentan enmendar algo que está ya estropeado. Este tipo de enfoque, según la autora, no ha demostrado ser efectivo en el trabajo con adolescentes, además de que su costo resulta elevado al realizarse mediante un servicio individualizado. Las intervenciones eficaces dirigidas a esta población pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir problemas de salud y a promover una vida saludable y productiva (Burt, 1996). Por lo tanto, resulta importante entender cómo se fortalece la autoestima en adolescentes y jóvenes, de forma tal que las instituciones, ya sean comunitarias, gubernamentales o privadas, puedan promover y facilitar su desarrollo (Klein, 1992).

### *Autoconcepto y autoestima*

Tanto el autoconcepto como la autoestima son determinantes en la conducta del individuo y de su salud mental (Branden, 2001; Fisher, Shaver & Carnochan 1990; García, 1999; Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005; Rosselló, 1980; Solís, 1996). Un autoconcepto y una autoestima saludables son fundamentales para que la persona desarrolle al máximo sus capacidades desde que nace. Son base de nuestros comportamientos y determinan el estilo de relación que establecemos con nosotros mismos, con los demás y con nuestra realidad más amplia. Para García (1999) tanto el autoconcepto como la autoestima tienen un carácter holístico ya que permiten resumir el sentimiento general de bienestar de una persona.

En las investigaciones y literatura de los últimos años se puede observar diferencias en cuanto al uso de términos tales como autoestima, autoconcepto, autoimagen y autoaceptación, entre otros (Rosselló, 1980; Solís, 1996). En intentos por distinguir los conceptos más utilizados, autoconcepto y autoestima, algunos autores han asociado la denominación autoconcepto a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo y autoestima a los aspectos evaluativo-afectivos (Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005). Solís (1996), por su parte, plantea que aunque la autoestima con frecuencia se usa como sinónimo de autoconcepto, la primera tiene que ver con la expresión de actitudes de aprobación con respecto a la capacidad y valor del sí mismo. Por otra parte, el término autoconcepto se refiere a la colección de actitudes y a la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cual resulta de gran importancia en las relaciones interpersonales que sostiene la persona.

El autoconcepto aparece en la literatura de las últimas décadas como un concepto central en un gran número de investigaciones de la salud, la psicología y la educación. En muchas de estas investigaciones juega un papel fundamental la medida del autoconcepto como una de las variables esenciales del desarrollo personal y social (García, 1999). Sin embargo, las definiciones que se ofrecen sobre el término son diversas.

Para algunos, el autoconcepto comprende “el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo” (Solís, 1996, p. 2). El autoconcepto hace referencia a cómo se percibe y evalúa la persona a sí misma (Rosselló, 1980), llegando a considerarse como núcleo de la autodeterminación personal (García, 1999).

Para Izquierdo (1996b), el autoconcepto es el esquema desde el cual actuamos. Según el autor, nos portamos de acuerdo a lo que hemos aprendido que somos. El autoconcepto viene a ser entonces como un moderador de nuestra conducta. Si la imagen que nos hemos forjado en la relación con los demás es incorrecta, nuestra conducta reflejará esa incorrección. Estas conductas o formas de comportarnos proceden del modo de entendernos que hemos aprendido en las relaciones con los otros desde niños (Izquierdo, 1996a; Rosselló, 1980). El autoconcepto, por lo tanto, no es innato sino que más bien es el resultado de las interacciones que sostenemos desde la infancia en adelante con nuestro ambiente físico y social (Rosselló, 1980). De esta forma, nuestros comportamientos no reflejan el valor de nuestro ser sino el autoconcepto que hemos forjado a partir de dichas relaciones e interacciones (Izquierdo, 1996a). Hay quienes plantean que dicho autoconcepto resulta modificable a través del tiempo y de nuevas experiencias y relaciones que transformen las ideas y pensamientos aprendidos en torno a uno mismo (Izquierdo, 1996b; Hernández, 2000; Fischer, Shaver & Carnochan, 1990). Mientras que otros han descrito el autoconcepto como una característica relativamente permanente o duradera (Coopersmith, 1967).

La autoestima viene a constituir la porción valorativa del autoconcepto (Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005). Para Caraballo (2001) “la evaluación del yo precede la autoconciencia de la experiencia emocional” (p. 32). La autoestima viene a ser el sentimiento que produce el autoconcepto y que revela el valor que percibimos en nosotros mismos (Carbajosa, Guadalupe & Rodríguez, 1998; Izquierdo, 1996b).

“La autoestima es el sentimiento que brota de la conciencia de satisfacción y seguridad que se deriva de saberse realmente amado tal como uno es. Es el sentimiento de paz y de tranquilidad que tiene el que se mira a sí mismo y sabe que puede ser aceptado de modo incondicional en todas las circunstancias” (Izquierdo, 1996b, p. 4). De acuerdo a ese sentimiento de valor y de agrado con mi persona actúo y me relaciono con los otros. Es principalmente de esta última definición de la cual se parte para efectos de este trabajo.

La autoestima, al igual que el autoconcepto está íntimamente ligada con nuestra conducta, convirtiéndose en un regulador de la misma. Según Hernández (2000), la autoestima es “la naturaleza interna de la persona que se expresa a través de su conducta” (p. 2). Si la autoestima es alta la conducta de la persona será efectiva. En otras palabras, cuando la autoestima es buena también lo será la conducta (Klein, 1992), nos sentimos bien con nosotros mismos y nos relacionamos con el medio ambiente de forma exitosa. Las personas más saludables son aquellas que no sólo se ven a sí mismos como aceptados, capaces, valiosos y dignos, sino que se comportan como si lo fueran (Rosselló, 1980). Si por otra parte nuestra autoestima es baja, las relaciones con el medio ambiente serán deficientes y nos sentiremos mal con nosotros mismos (Hernández, 2000).

Estudios que han analizado las conexiones del autoconcepto-autoestima con síntomas psicopatológicos y problemas de conducta muestran relaciones inversas entre ambas variables (Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005). En el estudio de Garaigordobil, Durá y Pérez (2005), se pudo constatar que los adolescentes de ambos sexos que muestran alto autoconcepto global y una autoestima alta tienen menos síntomas psicopatológicos disponiendo de mejor salud mental. Así mismo, los adolescentes con alto autoconcepto global muestran, desde la opinión de sus padres, pocos problemas escolares, de conducta antisocial, de timidez-retraimiento, psicopatológicos, de ansiedad y psicosomáticos, teniendo una buena adaptación social. En dicho estudio se evidencia que pocos síntomas psicopatológicos de depresión, pocos problemas escolares y bajo nivel de síntomas de sensibilidad interpersonal, resultaron variables predictoras de la variable criterio autoconcepto global. Por otra parte, en el conjunto de variables predictoras de la autoestima, una resultó estadísticamente significativa: los síntomas de depresión. Siendo así, conviene considerar más a fondo el impacto de la relación entre ambas variables particularmente en lo concernien-

te a la población juvenil en nuestro país.

### *Relación entre autoestima y depresión*

Se ha estimado que la tasa de depresión mayor en Puerto Rico es de 4.9% aproximadamente (Canino *et al.*, 1987), llegando a afectar seriamente a la juventud puertorriqueña (Duarte & Rosselló, 1999). Algunos plantean que la prevalencia de depresión mayor y distimia en niños y adolescentes puertorriqueños es de 4.1% considerando los criterios del DSM-IV (Canino *et al.*, 2004), mientras que otros señalan que los síntomas de depresión severa afectan entre el 15 y el 20% de la población juvenil en Puerto Rico (“Efectivo tratamiento”, 7 de julio de 2006). Se ha planteado que uno de cada cinco adolescentes puede experimentar un episodio de depresión mayor durante este periodo de edad, duplicándose esta posibilidad entre las féminas (Crisp, Gudmundsen & Shirk, 2006).

Estudios realizados con adolescentes en Puerto Rico que muestran sintomatología depresiva, han evaluado las formas en que esta población se autoevalúa encontrando que estos adolescentes reportan, entre otros aspectos, una autoestima más baja (Rosselló, Philippi & Miranda, 2005). En un estudio realizado con jóvenes adultos en Estados Unidos por de Man, Gutiérrez y Sterk (2001), se encontró que la depresión está significativamente relacionada con una baja autoestima así como con una autoestima inestable. En dicho estudio los participantes que mostraban una autoestima alta y estable, contaban con puntuaciones más bajas en los indicadores de depresión.

Se ha estudiado la relación entre autoestima y depresión concluyendo que la baja autoestima es un síntoma de importancia dentro de la sintomatología depresiva (de Man, Gutiérrez & Sterk, 2001; Fernández, Goncalves, Buena-Casal & Machado, 2004; Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005; García, 1999). Se ha sugerido que la mayor parte de las depresiones provienen de una autoestima baja (Klein, 1992), o bien que las personas con baja autoestima tienden a deprimirse con frecuencia (Lebrón, 2003). Así mismo, se ha considerado el autoconcepto como un variable criterio en el estudio del tratamiento tanto cognitivo como farmacológico de la depresión (García, 1999). De hecho, la autoestima se ha relacionado con una variedad de resultados positivos en el comportamiento entre los que se encuentran menos posibilidades de experimentar depresión (Klein, 1992).



Una autoevaluación negativa juega un papel importante en los episodios de depresión (Beck, 1967), mientras que la impotencia y la desesperanza tienden a llevar a una baja en la autoestima y a la depresión (de Man, Gutiérrez & Sterk, 2001).

### *Objetivos de Investigación*

Esta investigación se diseñó con el propósito de evaluar la eficacia de los talleres psicoeducativos que ofrece el programa Mejorando tu Autoestima (META). Se deseaba realizar un aporte de referencia para el trabajo con la población juvenil puertorriqueña. Los objetivos específicos de este estudio fueron:

1. Evaluar la eficacia de los talleres psicoeducativos que ofrece el programa Mejorando tu Autoestima (META) en el fortalecimiento de la autoestima de adolescentes y jóvenes adultos puertorriqueños.
2. Evaluar si los talleres psicoeducativos que ofrece el programa META son eficaces para disminuir síntomas de depresión.
3. Auscultar si existe relación entre autoestima y depresión en los participantes.
4. Comparar el impacto de los talleres entre grupo control y grupo experimental en el fortalecimiento de la autoestima.
5. Comparar el impacto de los talleres entre grupo control y grupo experimental en la disminución de sintomatología depresiva.
6. Verificar el nivel de adherencia de los talleres a los procedimientos escritos que describen sus contenidos y metodología.

Son estos aspectos los que sirvieron de norte en el proceso de esta investigación. Como se ha expuesto anteriormente la literatura y hallazgos de otras investigaciones similares, apuntan a la necesidad de procurar medios eficaces que respondan a las problemáticas enfrentadas por la población juvenil actual. La teoría puesta en práctica nos permite la adquisición de nuevos conocimientos que sirven de base para elaborar, desde la praxis, nuevos referentes teóricos probados sistemáticamente. De este modo se amplía el horizonte de los paradigmas que sustentan y guían de forma novedosa y actualizada, medios de intervención con mayor nivel de efectividad en el ámbito de la salud

mental.

## Método

El diseño de esta investigación consistió de un método mixto en el que se obtuvieron datos tanto cuantitativos como cualitativos. Para fines de este artículo se presentarán sólo los datos cuantitativos. En este procedimiento, de base experimental, se manipuló una variable independiente, en este caso el taller de autoestima, para analizar la relación de esta manipulación y las variables dependientes, en este caso autoestima y sintomatología depresiva.

Las hipótesis que guiaron el presente trabajo fueron:

1. Los talleres son eficaces en aumentar la autoestima de adolescentes y jóvenes adultos puertorriqueños.
2. Existen diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre la pre y post prueba de autoestima de los participantes del taller. Se espera que la autoestima sea mayor en la post prueba.
3. Existen diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre la pre y post prueba de depresión de los participantes del taller. Se espera que los indicadores de depresión sean menores en la post prueba.
4. Existen diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre los resultados de las post pruebas obtenidos por el grupo de comparación y el grupo experimental en las medidas de autoestima.
5. Existen diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre los resultados de las post pruebas obtenidos por el grupo de comparación y el grupo experimental en las medidas de sintomatología depresiva.
6. Existe relación inversa y significativa ( $p < .05$ ) entre autoestima y depresión.
7. Existe adherencia de los talleres a los procedimientos escritos que describen sus contenidos y metodología. El nivel de adherencia debe ser mayor al 80%.

### *Participantes*

Para fines de esta investigación se distribuyeron hojas sueltas y opúsculos por escuelas, grupos juveniles en iglesias y universidades, tanto por parte del personal del Programa como por la de la investigadora, con el fin de asegurar la cantidad de participantes para el grupo

experimental que se esperaba en los talleres.

Los participantes del grupo experimental solicitaron su participación voluntariamente al taller completando una hoja de solicitud de servicio provista por el Programa. Se les confirmó su participación, con los detalles relacionados al taller, a vuelta de correo.

La muestra total de este estudio consistió de 70 participantes entre las edades de 16 a 29 años de edad. En el grupo experimental se contó con 35 participantes que iniciaron y completaron la experiencia en su totalidad. La muestra no pudo ser seleccionada aleatoriamente, de modo que los participantes del grupo experimental fueron los solicitantes a los talleres que se consideraron para esta investigación. Los participantes del grupo experimental contaban con un promedio de edad de 18.26 años ( $DE = 3.20$ ). Del total de estos participantes, 19 eran del género masculino y 16 del género femenino. La gran mayoría estudiaban solamente y residían en el pueblo de Arecibo. Casi el total de los participantes eran solteros. Solamente cuatro (4) del total de los participantes se encontraban recibiendo tratamiento psicológico al momento de esta investigación.

La convocatoria para el grupo de comparación fue realizada personalmente por la investigadora una vez se realizaron los contactos con las autoridades y personas claves correspondientes. Se contó con un total de 35 participantes en el grupo de comparación, la misma cantidad del grupo experimental, los cuales contaron con características similares particularmente en lo que se refiere a edad y género. Éstos fueron seleccionados de un grupo juvenil en el municipio de Morovis y de una universidad en el pueblo de Arecibo. La intención fue reclutar el grupo de comparación de dos ambientes diferentes de forma tal que los integrantes oscilaran entre los 16 a 29 años, similar al grupo experimental. El promedio de edad de este grupo era de 19.40 años ( $DE = 4.27$ ). Del total de los participantes, 16 eran del género masculino y 19 del género femenino. La gran mayoría estudiaba y eran solteros. Ninguno de los participantes recibía servicios psicológicos al momento del estudio.

### *Descripción de los instrumentos*

*Hoja de datos sociodemográficos.* Se entregó a los participantes una hoja de recolección de datos sociodemográficos que incluyó: el

género, la edad, el pueblo y estado civil de los participantes. En esta hoja se auscultó si la persona estudiaba o trabajaba y si estaba recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento del estudio.

*Inventario de Autoestima Fisher-Corcoran.* El cuestionario sobre el Índice de Autoestima, diseñado por Johel Fisher y Kevin Corcoran (1994), fue traducido para propósito de terapia por Hernández (2000). El mismo consta de veinticinco (25) reactivos, diseñados para medir el grado de autoestima que la persona experimenta. Las puntuaciones de la prueba pueden ir desde 0 a 100 puntos. La escala de este cuestionario fue derivada de 1,745 participantes de los Estados Unidos, incluyendo personas casadas, solteras, poblaciones clínicas, no clínicas, estudiantes y personas que no eran estudiantes. (Olivencia, 1999).

En términos de la confiabilidad, se obtuvo un alfa de .93, lo que indica una consistencia interna excelente. En lo que compete a la validez se obtuvo la misma puntuación (.93), distinguiendo entre aquellos clientes que según el diagnóstico tenían problemas de autoestima y aquellos que aparentemente no los tenían. La confiabilidad del instrumento para esta muestra fue de .70 (Olivencia, 1999).

Para esta prueba se utilizaron los puntos de corte establecidos anteriormente por Fisher y Corcoran y utilizados por Hernández (2000). Esta prueba tuvo dos puntos de corte. El primero incluía puntuaciones por debajo de 25 puntos, indicando ausencia de un problema a niveles clínicos. Puntuaciones entre los 26 a 69 puntos sugieren la presencia de un problema a nivel clínico. El segundo punto de corte incluía puntuaciones de 70 a 100 puntos. Estas puntuaciones requieren atención inmediata y podrían indicar que la persona ha experimentado estrés por cierto tiempo y podría reflejar la posibilidad de que utilice la violencia para resolver sus problemas (Olivencia, 1999).

*Inventario de Depresión de Beck (IDB).* Este instrumento se utilizó para medir síntomas y actitudes relacionadas a la depresión de los participantes. Este cuestionario fue desarrollado por Aaron T. Beck y un grupo de investigadores bajo su dirección con el propósito de lograr una medida multifactorial del síndrome de la depresión. El mismo consta de veintidós (22) reactivos que corresponden a una categoría de síntomas y actitudes. Cada reactivo consiste de cuatro (4) oraciones autoevaluativas en las cuales la puntuación más baja es de 0 y la más alta de 3.

El instrumento es contestado considerando un periodo de tiem-

po correspondiente a las últimas dos semanas, criterio que se toma en cuenta para el diagnóstico de depresión según el DSM-IV (Bonilla, Bernal, Santos & Santos, 2004). La puntuación total fluctúa entre 0 y 66 puntos. La puntuación más alta demuestra mayor grado de severidad de sintomatología depresiva. Una puntuación baja demuestra un mejor estado de ánimo.

La literatura en torno a la confiabilidad y validez del IDB en diferentes contextos y culturas es amplia, incluyendo Puerto Rico donde se han realizado estudios sobre la conveniencia y aplicabilidad de su versión revisada y adaptada al español (Bonilla, Bernal, Santos & Santos, 2004). En el estudio de Bonilla y colaboradores (2004) realizado con puertorriqueños, se obtuvo que dicha versión adaptada contó con un coeficiente de confiabilidad interna de .88.

### *Procedimiento*

El procedimiento con el grupo experimental comenzó una vez se contó con la hoja de consentimiento debidamente firmada por los participantes y sus padres, en caso de los menores de edad, a quienes se les explicaba todo lo relativo a la participación de sus hijos en dicha investigación. También se contó con la firma de los menores de edad en señal de su asentimiento. Posteriormente se les administró a los participantes una hoja de datos sociodemográficos, el Inventario de Autoestima de Fisher-Corcoran y el Inventario de Depresión de Beck (IDB). Al terminar estos procesos se inició el taller psicoeducativo de autoestima, el cual consistió de dos partes, cada una de un fin de semana de duración. Al terminar la segunda parte del taller (o el segundo fin de semana), se les repitió el Inventario de Autoestima y el IDB (post pruebas). Cada documento fue numerado con el mismo código de forma que se pudieran relacionar los datos sin identificar por nombre al participante.

En el caso del grupo de comparación, luego de contar con el consentimiento de los participantes y sus padres en caso de los menores así como su asentimiento, se les administró, al igual que al grupo experimental, un documento compuesto por una hoja de datos sociodemográficos, el Inventario de Autoestima y el IDB. Estos documentos también fueron identificados sólo por un código. Pasado un mes se volvieron a aplicar el Inventario de Autoestima y el IDB para comparar sus resultados con los del grupo experimental.

### *Descripción del modelo de intervención*

Mientras que el grupo control recibió ninguna modalidad de tratamiento, el grupo experimental participó de un modelo de intervención psicoeducativo desarrollado por el programa Mejorando tu Autoestima. El mismo consiste de una serie de talleres que suelen ofrecerse en sesiones de uno a cinco días, dos fines de semana o su equivalente en tiempo, trabajados en tres bloques de contenido. Para fines de esta investigación se consideró la modalidad de dos fines de semana. A continuación se describirá el taller psicoeducativo y su contenido.

El trabajo se inicia dando una mirada general a los aspectos de la realidad (familiar, social y cultural) que intervienen en la formación del autoconcepto y la autoestima, determinantes en gran medida de las relaciones que mantenemos con nosotros mismos y con los demás en la actualidad. Esto constituye el *Bloque I* de los talleres, o el área del *YO en relación con su realidad* pasada y presente (YO-MUNDO). Este bloque también incluye una revisión de las relaciones con los demás, o sea, *YO en relación con el otro (YO-TU)*. Éste es el punto de partida para el descubrimiento de los mecanismos que de alguna manera impulsan las acciones o maneras de proceder de la persona, lo que invita a profundizar un poco más en la relación del *YO consigo mismo (YO-YO)*. Es aquí donde se inicia el *Bloque II* de los talleres. Se ofrece una mirada al mundo de las emociones como motor de las conductas, se revisa cómo funcionan los sentimientos y emociones, de dónde y cómo surgen y cómo manejarlas de manera más adecuada.

El *Bloque III* inicia un proceso de fortalecimiento en las áreas señaladas previamente (relación con nuestra realidad, con los demás y con nosotros mismos). Se trabaja con el niño interior herido, como alternativa para la sanación de la relación con nosotros mismos; y con la sexualidad, la comunicación y la dinámica de relación con los otros, como alternativas para la sanación de la relación con los demás. De este modo, se intenta incidir de forma más positiva sobre nuestra realidad externa, tanto familiar como social.

Las técnicas usadas en los talleres consisten en una serie de charlas cortas, ejercicios individuales y grupales dirigidos a que el joven *vea* su realidad, *juzgue* sus acciones y se comprometa a *actuar* de una manera más consciente y madura. La experiencia se caracteriza por el acompañamiento personal a través de los trabajos y discusiones reali-

zadas en subgrupos (de cinco personas aproximadamente). Cada subgrupo cuenta con uno a dos facilitadores que guían el proceso y orientan a los participantes en la interpretación de los ejercicios (se recomienda que el grupo en general no exceda los 30 participantes, si es así con un equipo mínimo de seis a siete facilitadores puede ofrecerse la experiencia completa).

### *Integridad del modelo de intervención*

Los talleres psicoeducativos para el fortalecimiento de la autoestima que ofrece el programa META, son trabajados por un equipo de facilitadores compuesto tanto por el personal del Programa como por voluntarios adiestrados en el contenido y metodología propias del taller. Algunos de los facilitadores, incluyendo la investigadora, cuentan con preparación en el área de la conducta humana y otros se han capacitado a través de su experiencia en los talleres y adiestramientos particulares ofrecidos tanto por los recursos internos como por recursos externos a la agencia. El equipo de trabajo labora en conjunto la organización, planificación y evaluación del taller.

Como parte de los materiales y contenidos que sirven de guía en el ofrecimiento de los talleres se cuenta con un módulo de trabajo que incluye las referencias de los contenidos de cada bloque de trabajo, las guías de procedimiento, los manuales con los ejercicios correspondientes, un video y un cassette. Para asegurar la integridad del modelo de intervención se desarrollaron unas hojas de cotejo (“*check lists*”) que permitieron evaluar el cumplimiento o la integridad del contenido, los ejercicios y el trabajo en las divisiones de los subgrupos.

Para esto se seleccionaron al azar dos charlas o conferencias, dos ejercicios y dos divisiones en subgrupos (una por cada taller) que pudieron ser verificadas por medio de dichas hojas de cotejo. La investigadora cotejó personalmente las que corresponden a las charlas y a los ejercicios. Las hojas de cotejo del trabajo que se realizó en los subgrupos fueron completadas por el observador que suele acompañar al facilitador en el subgrupo. En el caso de las charlas se obtuvo un nivel de adherencia de 94% y en el caso de los ejercicios fue de 98%. Para los trabajos en subgrupos el nivel de adherencia alcanzó el 100 %. Si se consideran todos los indicadores se obtiene un total de adherencia general de 98%.

## Resultados

Se llevó a cabo una prueba *t* para muestras dependientes con el fin de evaluar el impacto de la intervención en las puntuaciones obtenidas por los participantes en el Inventario de Autoestima Fisher-Corcoran. Como se muestra en la tabla 1, hubo un aumento estadísticamente significativo en las puntuaciones de la pre prueba ( $M = 121.00$ ,  $DE = 24.34$ ) y la post prueba [ $M = 138.00$ ,  $DE = 12.48$ ,  $t(68) = -4.49$ ,  $p = .000$ ]. La estadística de  $\eta^2$  (.23) indica un tamaño grande del efecto.

En la tabla 1 también se aprecian los resultados de la prueba *t* aplicada con el fin de evaluar cambios en sintomatología depresiva utilizando el Inventario de Depresión de Beck (IDB). Se obtuvo una diferencia significativa en la variable de depresión al considerar las puntuaciones de la pre prueba ( $M = 13.23$ ,  $DE = 9.80$ ) y la post prueba [ $M = 4.54$ ,  $DE = 4.15$ ,  $t(68) = 5.63$ ,  $p = .000$ ]. El tamaño del efecto al calcular el  $\eta^2$  (.32) muestra un efecto alto.

TABLA 1  
Diferencias en autoestima y depresión intragrupo

<i>Variable</i>	<i>Pre</i>		<i>Post</i>		<i>t</i> (68)
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	
Autoestima	121.00	24.34	138.00	12.48	-4.49*
Depresión	13.23	9.80	4.54	4.15	5.63*

$n = 35$  \* $p = .000$

Debe destacarse que en la presente investigación se encontraron diferencias significativas [ $t(67.30) = -4.01$ ,  $p = .000$ ] en lo concerniente a autoestima en el grupo experimental ( $M = 121.00$ ,  $DE = 24.34$ ) y el grupo de comparación ( $M = 143.20$ ,  $DE = 21.97$ ) antes de iniciar el tratamiento. De igual forma ocurrió con la variable de depresión, [ $t(62.16) = 2.85$ ,  $p = .006$ ] en el grupo experimental ( $M = 13.23$ ,  $DE = 9.80$ ), y el grupo de comparación ( $M = 7.37$ ,  $DE = 7.14$ ). Este aspecto indica que los grupos no se encontraban en circunstancias similares al momento de iniciar la investigación en lo concerniente a las variables bajo estudio (ver Tabla 2).

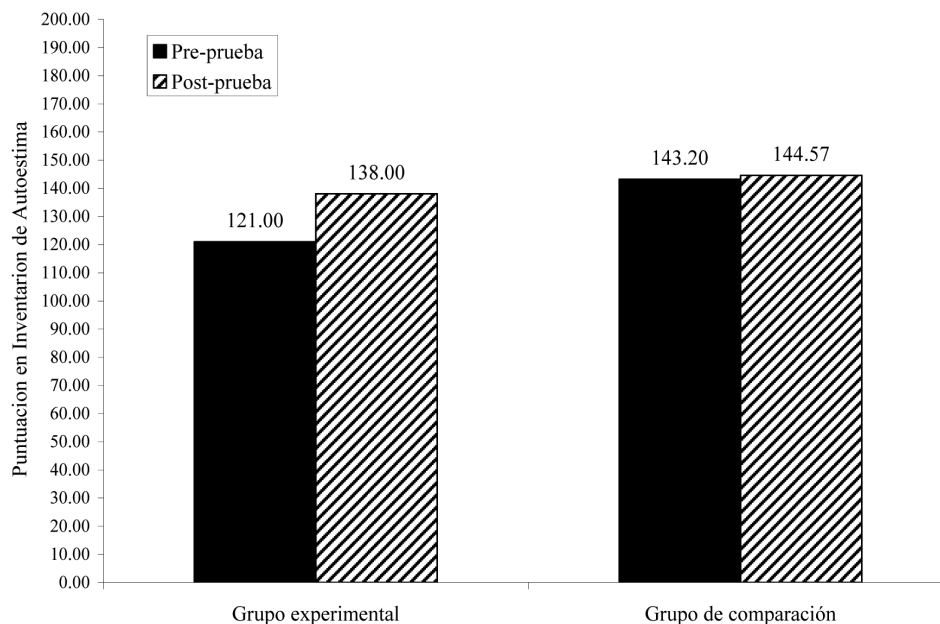


**TABLA 2**  
Diferencias entre grupos por variable

<i>Variable</i>	<i>Experimental</i>		<i>Comparación</i>		<i>T</i>
	<i>n = 35</i>		<i>n = 35</i>		
	Pre prueba				
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	
Autoestima	121.00	24.34	143.20	21.97	-4.01
Depresión	13.23	9.80	7.37	7.14	2.85
	Post prueba				
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	
Autoestima	138.00	12.48	144.57	22.83	-1.49
Depresión	4.54	4.15	6.11	8.59	- .98

Una prueba t fue realizada con el fin de comparar el nivel de autoestima entre el grupo experimental y el grupo de comparación al completar el tratamiento (ver Figura 1). En la tabla 2 se puede observar que no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de las post pruebas del grupo experimental ( $M = 138$ ,  $DE = 12.48$ ),

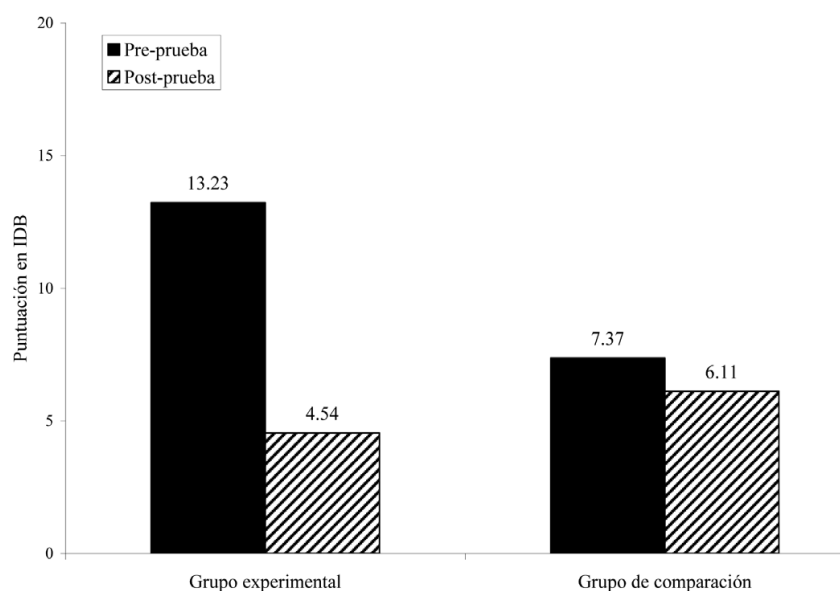
FIGURA 1. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Autoestima de Fisher-Corcoran antes y después del tratamiento tanto en el grupo experimental ( $n=35$ ) como en el grupo de comparación ( $n=35$ ).



y el grupo de comparación [ $M = 144.57$ ,  $DE = 22.83$ ,  $t(52.65) = -1.49$ ,  $p = .14$ ].

Igualmente, como se puede apreciar en la Figura 2, se aplicó una prueba t para grupos independientes de forma que se pudieran comparar el nivel de sintomatología depresiva de los participantes al terminar los talleres (ver Tabla 2). Los participantes del grupo experimental ( $M = 4.54$ ,  $DE = 4.15$ ) y los del grupo de comparación ( $M = 6.11$ ,  $DE = 8.59$ ) no mostraron diferencia significativa en lo relativo a disminución de síntomas asociados a depresión [ $t(49.08) = -.98$ ,  $p = .34$ ].

FIGURA 2. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck (IDB) antes y después del tratamiento tanto en el grupo experimental ( $n=35$ ) como en el grupo de comparación ( $n=35$ ).



La relación entre autoestima y depresión fue investigada haciendo uso del coeficiente de correlación de Pearson (ver Tabla 3). Los análisis preliminares de normalidad, linealidad y homocedasticidad, fueron considerados para asegurar que los supuestos no fueran violados.

Se encontró una correlación fuerte y negativa entre ambas variables ( $r = -.5$ ,  $N = 70$ ,  $p = .000$ ). En torno al nivel de varianza se concluye que la baja autoestima ayuda a explicar en un 25% la varianza en el alza de las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión

**TABLA 3**  
Relación entre las variables de autoestima y depresión (N = 70)

	1	2
1. Autoestima	---	-.50 *
2. Depresión	---	---

\*  $p = .000$

(IDB).

Sobre el nivel de adherencia de la intervención a los procedimientos establecidos se obtuvo que en el caso de las charlas el nivel de adherencia fue de 94% y en el caso de los ejercicios de 98%. Para los trabajos en subgrupos el nivel de adherencia alcanzado fue de 100 %. Al promediar todos los indicadores se obtiene un total de adherencia general de 98%.

### **Discusión**

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la eficacia de los talleres psicoeducativos que ofrece el programa Mejorando tu Autoestima (META) en el fortalecimiento de la autoestima de adolescentes y jóvenes adultos puertorriqueños. Al comparar los resultados de las pre y post pruebas en esta área, se puede apreciar un alza significativa en el nivel de autoestima en los participantes luego de la intervención, afianzado por el gran tamaño del efecto encontrado (.23). Estos datos sostienen tanto la primera como la segunda hipótesis de este estudio, en las que se plantea que los talleres psicoeducativos que ofrece el programa META son eficaces en mejorar la autoestima de adolescentes y jóvenes adultos puertorriqueños, así como que existen diferencias significativas entre las puntuaciones en la pre y post prueba de autoestima, respectivamente. Se esperaba que el nivel de autoestima fuera mayor luego de la intervención, lo que apunta hacia la eficacia de la misma.

De igual forma, al evaluar si los talleres fueron eficaces para disminuir significativamente síntomas de depresión, se encuentran diferencias entre la pre y post prueba, con un tamaño del efecto considerable (.32). De hecho, se puede apreciar en los resultados del IDB que la puntuación promedio obtenida en la post prueba ( $M = 4.54$ ) refleja, según los puntos de corte establecidos, un estado normal no depresivo,

a diferencia de la puntuación en pre prueba ( $M = 13.23$ ) que indica una depresión leve antes de la intervención. Estos datos sugieren una mejoría en la manera como los jóvenes piensan y sienten en relación a ellos mismos y un mejor estado de ánimo al completar el tratamiento. De acuerdo a estos datos, se acepta la tercera hipótesis de este estudio, en la que se esperaba una disminución en los síntomas de depresión de los participantes.

Se concuerda con resultados de otros estudios que demuestran la eficacia que tienen las intervenciones psicosociales de corte cognitivo-conductual en la disminución de sintomatología depresiva en adolescentes (Crisp, Gudmundsen & Shirk, 2006), a la vez que se fortalece el nivel de autoestima de los participantes (Mehmet, Kamil & Hadiye, 2008; Rosselló & Bernal, 1999). Como bien se ha planteado, la combinación de teoría y práctica ayuda a desarrollar una autoestima más positiva y un funcionamiento más efectivo en la población juvenil (Greux, 1992; Rosselló, Phillipi & Miranda, 2005). Según Burt (1996), de esta forma se protege al joven de influencias adversas y se atiende eficazmente los trastornos presentados por los adolescentes (“Efectivo tratamiento a la depresión en los jóvenes”, 2006).

Al comparar los resultados del grupo experimental versus los del grupo de comparación, no se encuentran diferencias significativas entre grupos al comparar las puntuaciones obtenidas en las post pruebas en ninguna de las dos variables bajo estudio. Es por esto que se rechazan tanto la cuarta como la quinta hipótesis de la presente investigación.

Algunos aspectos que pueden haber incidido en dichos resultados son los siguientes:

1. El tamaño de la muestra es limitado, lo que es un factor importante que interviene en la posibilidad de encontrar o no, diferencias significativas entre grupos en un experimento.
2. La ubicación entre grupos no se realiza de forma aleatoria. Los participantes del grupo experimental fueron los solicitantes de los talleres, los cuales por lo general confirman su participación a última hora, dificultando la posibilidad de la creación de una lista de espera que sirviera de base para el establecimiento de un grupo de comparación.
3. Relacionado con el punto anterior, se debe considerar que los participantes del grupo de comparación fueron, por lo tanto, escogidos de otros grupos ya establecidos en una escuela y

una institución universitaria local. Este grupo no necesariamente muestra dificultades de autoestima y/o depresión.

4. Las puntuaciones obtenidas en las pre pruebas en las variables de autoestima y depresión muestran diferencias significativas entre grupos. El grupo de comparación muestra un nivel más alto de autoestima ( $M = 143.20$ ) y menor nivel de sintomatología depresiva ( $M = 7.37$ ) que el grupo experimental, el cual obtuvo una puntuación promedio de 121.00 en el Inventario de Autoestima de Fisher-Corcoran y un promedio de 13.23 en el IDB (ver Tabla 2). Por lo tanto, no se contó con puntuaciones similares antes de la intervención en lo que concierne a las variables principales de estudio. De esta forma, aunque el grupo experimental obtiene una notable mejoría al comparar sus puntuaciones antes y después de la intervención, las puntuaciones finales obtenidas son muy parecidas a las del grupo de comparación en las pre y post pruebas, por lo que al comparar las mismas no se encuentran diferencias significativas entre grupos. De hecho, puede notarse que el grupo de comparación prácticamente refleja quedarse igual en las puntuaciones, de las pre y post pruebas, relativas a autoestima y muy similar en lo concerniente a sintomatología depresiva.

Los métodos experimentales, y la literatura sobre el tema, hacen hincapié en la relevancia que tienen los estudios aleatorizados de comparación entre grupos a la hora de evaluar si una intervención es o no eficaz, particularmente considerando la tendencia actual que busca intervenciones breves y estandarizadas que respondan más al aquí y el ahora (Echeburúa, 2001). Sin embargo, aunque se ha enfatizado en los resultados favorables de un modo de intervención en un contexto de investigación para considerarlo eficaz y posteriormente efectivo en la práctica habitual, se ha criticado y cuestionado esta postura señalando, entre otros factores, la falta de isomorfismo entre la investigación y la práctica cotidiana (Echeburúa, 2001; Leichsenring, 2004). Por ejemplo, no siempre encontraremos sujetos que cumplen con las condiciones de una investigación en las prácticas habituales en los centros de ayuda.

De hecho, una ventaja asociada a esta investigación ha sido que aunque la misma se realiza dentro de una estructura experimental, ésta se ha desarrollado a partir de las condiciones usuales en las que se ofre-

ce la experiencia, con el mismo equipo de trabajo, siguiendo el mismo proceso y en las facilidades que típicamente se utilizan, lo que convierte este estudio en una combinación “híbrida” entre eficacia y efectividad similar a otros estudios como el de Crisp, Gudmundsen y Shirk (2006).

En torno a si existe relación entre autoestima y depresión en los participantes, se pudo encontrar, como se esperaba, una relación fuerte e inversa entre las variables, o sea, a mayor nivel de sintomatología depresiva más bajos los niveles de autoestima, por lo que se acepta la sexta hipótesis contemplada en esta investigación. Se concluye que la baja autoestima ayuda a explicar en un 25% la presencia de síntomas de depresión en los participantes o viceversa, ya que esto no implica necesariamente causalidad ni direccionalidad. Estos resultados son congruentes con la literatura revisada sobre el particular (de Man, Gutiérrez & Sterk, 2001; Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005; García, 1999; Rosselló, Philippi & Miranda, 2005) en las que se ha vinculado el estado de ánimo deprimido con un bajo nivel de autoestima. Igualmente se ha planteado que la pérdida de autoestima es uno de los rasgos típicos del sujeto depresivo (Fernández, Goncalves, Buéla-Casal & Machado, 2004).

Este hallazgo apunta hacia la importancia que tiene el reforzar la autoestima en adolescentes y jóvenes adultos como medio para tratar la depresión en esta población. Conviene además, como otros han señalado (Burt, 1996; Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005), procurar intervenciones eficaces que fortalezcan el autoconcepto y la autoestima como factores protectores dentro del contexto de la prevención, sugiriendo que éstos pueden prevenir el desarrollo de problemas psicopatológicos asociados a la depresión en la juventud.

Por último, la séptima hipótesis de este estudio contemplaba el nivel de adherencia de los talleres a los procedimientos escritos que describen sus contenidos y metodología. Se esperaba un nivel de evidencia que mostrara dicha adherencia a los procedimientos establecidos, el cual no debía ser menor al 80%. Las hojas de cotejo completadas mostraron que tanto en el caso de las charlas (94%), los ejercicios (98%) y los trabajos en subgrupos (100 %), el nivel de adherencia sobrepasó considerablemente el nivel mínimo esperado. De igual forma ocurrió al considerar el nivel de adherencia general (98%), lo que apunta hacia la integridad del modelo y los procedimientos realizados como parte de la intervención. Los datos obtenidos permiten

aceptar la última hipótesis planteada en este estudio.

Los resultados obtenidos en esta investigación tienen implicaciones para la práctica de la psicología y otras áreas de la conducta humana, particularmente en lo relativo al trabajo con la juventud puertorriqueña. Merecen consideración los aportes que se realizan al bienestar de nuestra juventud cuando se parte de modelos que se desarrollan tomando en cuenta la realidad social y particularidad de nuestros jóvenes. Este factor unido a la evaluación de la eficacia de dichos modelos de intervención, pueden aportar significativamente a propiciar estilos de vida más sanos en nuestra juventud. Por otra parte, fortalecer la autoestima y el autoconcepto viene a ser una pieza medular en los trabajos de prevención y tratamiento de disfunciones relativas al estado de ánimo y el comportamiento en esta población.

### *Limitaciones*

A continuación se presentan algunas de las limitaciones confrontadas en esta investigación. De inicio es importante señalar que este estudio de eficacia es uno preliminar que se realiza dentro del marco de una disertación doctoral. Estas condiciones han conllevado limitaciones en lo relativo a contar con un mayor presupuesto y personal que hubiesen aportado en lo concerniente a las posibilidades de conseguir una muestra de participantes más amplia en la investigación y condiciones más apropiadas para la consecución de los objetivos de un estudio de carácter experimental.

Lo anterior está también relacionado, aunque no de forma exclusiva, al hecho de que no se pudo contar en esta investigación con la posibilidad de realizar un muestreo aleatorizado que permitiera el intento de homogeneizar los grupos de comparación y experimental desde el inicio del estudio. Esto también estuvo relacionado con el factor limitante de que los participantes del taller suelen confirmar tarde su participación en el mismo, de modo que se dificulta la creación de una lista de espera que hubiera permitido la posibilidad de un grupo control por disponibilidad más representativo, en condiciones más parecidas a las del grupo experimental.

Es por lo anterior que existen limitaciones para generalizar los presentes resultados. Estos factores resultan relevantes dado que se trata de evaluar la eficacia de una intervención, lo que requiere unas condiciones particulares que no fueron del todo cubiertas en este estudio.

### *Recomendaciones*

Dado las limitaciones con las que se cuenta en el presente para realizar estudios de eficacia en el programa META, según los estándares establecidos, se sugiere considerar algunas de las siguientes recomendaciones a fin de fortalecer la efectividad de sus servicios en la práctica habitual o natural (Leichsenring, 2004).

1. Continuar aplicando las pruebas administradas en esta investigación (IDB, Inventario de Autoestima de Fisher-Corcoran) en los talleres subsiguientes consistentemente, de modo que se cuente con un número más amplio de participantes evaluados con los mismos instrumentos, con el fin de constatar si los resultados encontrados en esta investigación en el pre y postratamiento se mantienen.
2. Considerar aplicar en el futuro otros instrumentos para evaluar el efecto que tienen los talleres en la adquisición de destrezas de relaciones interpersonales en los participantes y en la prevención de uso y abuso de ATOD (alcohol, tabaco y otras drogas).
3. Evaluar en qué medida el impacto del taller se mantiene en un plazo más amplio de tiempo, aplicando los mismos instrumentos en algún periodo luego del taller (e. g. tres meses), o bien ofreciendo seguimiento luego del taller, y volviendo a medir el impacto en los participantes luego del seguimiento ofrecido.
4. Estudiar cuáles son los elementos principales que aportan al cambio en los participantes (mecanismos de cambio), así como las técnicas principales y sus efectos, a fin de fortalecer los mismos.
5. Considerar modelos de intervención que sean igualmente eficaces pero de menor duración.
6. Fortalecer el trabajo que se realiza desde el Programa con los adolescentes de 12 a 15 años, con el fin de afianzar el valor preventivo de su intervención.

### **Conclusión**

El programa Mejorando tu Autoestima fue creado precisamente como una alternativa de trabajo preventivo con adolescentes y jóvenes adultos entre las edades de 16 a 29 años. Su enfoque ha estado dirigi-



do principalmente a fortalecer el autoconcepto y la autoestima en los participantes de modo que se puedan evitar problemas psicopatológicos asociados con una baja autoestima. Los talleres psicoeducativos que ha estado ofreciendo el Programa por más de diez años, parecen ser una alternativa adecuada en la búsqueda de respuestas concretas ante la problemática que enfrentan nuestros jóvenes.

Conocer las prácticas psicosociales basadas en la evidencia permite a los profesionales en el área de la conducta humana comprender la literatura concerniente a los resultados de dichas investigaciones y aplicar las intervenciones que mejor convengan a los participantes de los servicios que ofrecen. De igual forma, al ofrecer servicios o intervenciones con mejor evidencia que otros, se espera estar obteniendo resultados de mayor calidad (March, Szatmari, Bukstein, Chrisman, Kondo, Hamilton, Kremer, & Kratochvil, 2007) procurando así el profesional de ayuda su responsabilidad ética hacia los individuos o grupos para los que debe asegurar el mayor beneficio posible (Path, 2006).

## REFERENCIAS

- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Pennsylvania, EE. UU.: University of Pennsylvania Press.
- Bernal, G. (2000). *Psicoterapia: el reto de evaluar efectividad ante el nuevo milenio*. Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Bonilla, J., Bernal, G., Santos, G., & Santos, D. (2004). A revised spanish version of the Beck Depression Inventory: Psychometric properties with a Puerto Rican sample of college students. *Journal of Clinical Psychology, 60*(1), 119-130.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Burt, M. (1996). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? *The Urban Institute*. Disponible en [http://www.urban.org/family/adol\\_espanol.html](http://www.urban.org/family/adol_espanol.html)

- Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., & Martínez *et al.* (1987). The prevalence of specific psychiatry disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 727-735.
- Canino, G. J., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., & Ramírez *et al.* (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 85-93.
- Caraballo, C. M. (2001). *Desarrollo y viabilidad de una intervención para el fortalecimiento de la inteligencia emocional en un grupo de preadolescentes con historiales de maltrato*. Disertación doctoral no publicada. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Carbajosa, J., Guadalupe, W., & Rodríguez, I. (1998). *Adolescentes, autoestima y sexualidad*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Consumer Report. (1995, noviembre). Mental health: Does therapy help? 734-739.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Crisp, H., Gudmundsen, G., & Shirk S. (2006). Transporting evidence-based therapy for adolescent depression to the school setting. *Education and Treatment of Children*, *29* (2), 287-309.
- de Man, A., Gutiérrez, B. I., & Sterk, N. (2001). Stability of self-esteem as moderador of the relationship between level of self-esteem and depression. *North American Journal of Psychology*, *3*(2), 303-309.
- Duarte, Y. M. & Rosselló, J. (1999). Riesgo suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en adolescentes puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología*, *33*(1), 219-234.
- Efectivo tratamiento a la depresión en los jóvenes. (2006, 7 de julio). *El Nuevo Día*, p. 21.
- Echeburúa, E. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *1*, 181-204.

- Fernández, M., Goncalves, O., Buena-Casal, & Machado, P. (2004). Análisis comparativo del estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes depresivos y sujetos control normales. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 32(5), 259-263.
- Fisher, J. & Corcoran, K. (1994). *Measures for clinical practices* (2da. ed.). New York, EE. UU.: The Free Press.
- Fisher, K., Shaver, P., & Carnochan, P. (1990). How emotions develop and how they organize development. *Cognitive and Emotions*, 4, 81-127.
- Garaigordobil, M., Durá, A., & Pérez, J. I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.
- García, A. (1999). Panorama de la investigación sobre el autoconcepto en España (1976-1998). *Psicología.com*, 3(1). Disponible en [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/artic\\_5.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/artic_5.htm)
- Greux, B. (1992). *El efecto de un taller grupal en la autoestima de un grupo de adolescentes solteras embarazadas residentes en un hogar albergue de la región de Caguas*. Tesina de maestría no publicada. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Hernández, J. J. (2000). *Autoestima vehículo al éxito*. Hato Rey, P.R.: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Izquierdo, J. (1996a). *Contexto sociohistórico de la problemática juvenil en Puerto Rico*. Puerto Rico: IDHI, Inc.
- Izquierdo, J. (1996b). La autoestima como metro: reflejo de la verdad y el bien. En Instituto de Desarrollo Humano Integral (Jornada 1). *Proyecto de vida cristiana. Una ventana para examinar nuestro interior*. Puerto Rico: IDHI, Inc.
- Klein, H. (1992). Temperament and self-esteem in late adolescence. *Adolescence*, 27(107), 689-695.
- Lebrón, D. (2003). *Cambios físicos, satisfacción con la imagen corporal, autoestima y las relaciones interpersonales en adolescentes en Puerto Rico*. Disertación doctoral no publicada. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.

- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 137-151.
- March, J., Szatmari, P., Bukstein, O., Chrisman, A., Kondo, D., Hamilton, J., Kremer, C., & Kratochvil, C. (2007). AACAP 2005 research forum: Speeding the adoption of evidence-based practice in pediatric psychiatry. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1098-1110.
- Mehmet, E., Kamil, E., & Hadiye, D. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227-245.
- Olivencia, M. A. (1999). *Co-dependencia, autoestima, sintomatología depresiva y sus implicaciones en un contexto laboral*. Disertación doctoral no publicada. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Path, D. (2006). Evidence-based practice: Current issues and future directions. *Australian Social Work*, 59(1), 56-71.
- Rosselló, J. (1980). *Puerto rican youth: A study in self-concept*. Disertación doctoral no publicada, University of New York, New York, EE.UU.
- Rosselló, J. & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in puerto rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.
- Rosselló, J., Philippi, M. I., & Miranda, G. (2005). Terapia cognitivo-conductual: La experiencia con un grupo de adolescentes con síntomas de depresión. En G. Bernal & A. Martínez Taboas (Eds.), *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico* (pp. 203-215). Hato Rey, P.R.: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Solís, J. (1996). Autoestima, autoconcepto y salud mental. *Revista de Psicología y Salud*, 7, (En red). Disponible en: <http://148.226.120.2/~cancer/revista/rev0713.htm>