



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

“REVISIÓN SISTEMÁTICA”
PROTOCOLO DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES. REVISIÓN
SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

Autora: Macarena González Pérez-Miyares

Directora: María Cortés Rodríguez

Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

2025/2026

Resumen

La autoestima conforma un constructo relevante en el desarrollo psicológico adolescente estando relacionado con el bienestar emocional, la identidad personal y la adaptación social. La presente revisión sistemática tuvo como objetivo principal analizar la evidencia empírica disponible sobre programas, protocolos e intervenciones dirigidas a la mejora de la autoestima en adolescentes de entre 12 y 18 años. Para ello se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PsycInfo, PubMed y Psychology and Behavioral Sciences Collection, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA. Se incluyeron estudios experimentales y cuasiexperimentales con grupo control o de comparación, los cuales evaluarán la autoestima o autoconcepto mediante instrumentos estandarizados.

Finalmente, se incluyeron 15 estudios. Se extrajeron variables metodológicas, características de la muestra, variables de intervención y de resultado. Los estudios analizados mostraron una elevada heterogeneidad en cuanto al diseño, tipo de intervención, duración, formato, aplicadores e instrumentos de medida. Las intervenciones incluyeron programas cognitivo-conductuales, educación emocional, mentoring, counselling entre iguales, coaching, programas de habilidades para la vida e intervenciones centradas en la imagen corporal.

Los resultados mostraron una tendencia general positiva hacia la mejora de la autoestima tras las intervenciones, aunque los efectos no fueron homogéneos entre estudios. Algunos programas reflejaron mejoras significativas y tamaños del efecto moderados o grandes, mientras que otros no evidenciaron efectos significativos. La escasa presencia de seguimientos limita la evaluación de la estabilidad temporal de los cambios. En conjunto, los hallazgos apoyan la eficacia de estas intervenciones, aunque subrayan la necesidad de estudios con mayor rigor metodológico.

Palabras Clave: autoestima, adolescencia, intervención, revisión sistemática, autoconcepto.

Abstract

Self-esteem is a key construct in adolescent psychological development, as it is linked to emotional well-being, personal identity and social adjustment. The primary objective of this systematic review was to analyze the available empirical evidence on programs, protocols and interventions aimed at improving self-esteem in adolescents aged 12 to 18. To this end, a systematic search was conducted in the PsycInfo, PubMed and Psychology and Behavioral Sciences Collection databases, following the recommendations of the PRISMA statement. Experimental and quasi-experimental studies with a control or comparison group were included, provided the assessed self-esteem or self-concept using standardized instruments.

Ultimately, 15 studies were included. Methodological variables, sample characteristics, intervention variables and outcome variables were extracted. The analyzed studies showed high heterogeneity in terms of design, type of intervention, duration, format, implementers, and measurement instruments. The interventions included cognitive-behavioral programs, emotional education, mentoring, peer counseling, coaching, life skills programs and body image-focused interventions.

The results showed an overall positive trend toward improved self-esteem following the interventions, although the effects were not consistent across studies. Some programs showed significant improvements and moderate or large effect sizes, while others did not show significant effects. The scarcity of follow-up data limits the assessment of the long-term stability of the changes. Overall, the findings support the effectiveness of these interventions, although they underscore the need for studies with greater methodological rigor.

Keywords: self-esteem, adolescence, intervention, systematic review, self-concept.

Índice

Introducción	1
Intervenciones Existentes para la Mejora de la Autoestima en Adolescentes	3
Diversidad Teórica y Metodológica de las Intervenciones	4
Resultados Inconsistentes en la Literatura Científica.....	5
Vacío y Limitaciones de la Literatura Previa.....	5
Justificación de la Revisión Sistemática	6
Objetivo	6
Método.....	6
Diseño de Búsqueda	6
Criterios de Elegibilidad	7
<i>Criterios de Inclusión.....</i>	<i>7</i>
<i>Criterios de Exclusión.....</i>	<i>8</i>
Variables de Resultado y Metodológicas.....	10
Análisis de Datos.....	11
Resultados.....	11
Características Metodológicas y de la Muestra.....	11
Tipos de Programas de Intervención Aplicados.....	14
Impacto de las Intervenciones	16
<i>Impacto de las Intervenciones sobre la Autoestima</i>	<i>16</i>
<i>Comparación de Medias Pre y Post Intervención</i>	<i>16</i>
<i>Estudios sin Efectos Significativos.....</i>	<i>18</i>
<i>Seguimiento</i>	<i>18</i>
Discusión.....	29
Conclusión	33
Referencias	35
Anexos	40

Introducción

A lo largo de los años, la autoestima ha sido el foco de numerosas investigaciones y estudios enfocados en diversos contextos y poblaciones diferentes. No obstante, su definición difiere según el autor que la trate, sin un claro consenso en relación con una definición universal del término, generando implicaciones en la medición e intervención sobre la autoestima.

Autores como Rosenberg (1965) definen la autoestima como una evaluación global que hace el individuo de sí mismo, pudiendo mostrar una actitud positiva o negativa hacia su propio yo. Desde una perspectiva humanista, Rogers (1959) aporta una visión complementaria al entender la autoestima como el grado de aceptación y aprecio que el individuo experimenta hacia sí mismo, enfatizando su dimensión afectiva. En este sentido, la autoestima puede considerarse un componente evaluativo del autoconcepto, estrechamente vinculado a la valoración personal que el individuo realiza sobre sí mismo.

Desde una perspectiva más amplia, y de forma complementaria a su consideración como evaluación global, la autoestima puede entenderse como un constructo multidimensional que integra la percepción de competencia personal y el sentimiento de valía individual (Branden, 1994). En esta línea, diferentes autores proponen que la autoestima puede evaluarse en distintos ámbitos de la vida, como el social, académico o personal, lo que permite un análisis más específico del constructo (Harter, 1999). De este modo, la autoestima es consolidada como elemento clave del desarrollo psicológico y regulación del bienestar emocional, especialmente en población adolescente.

En línea con lo anterior, la formación de la autoestima depende de las experiencias de cada persona, viéndose influenciada por los procesos cognitivos y emocionales que el individuo desarrolla a lo largo del tiempo (Hernández, 2019, como se citó en León García, 2024). Concretamente en población adolescente, la autoestima se configura progresivamente a medida que se integran vivencias personales, dando lugar a patrones relativamente estables, pero susceptibles de cambio, como señala Tovar (2010).

Debido a la complejidad del concepto de autoestima, algunos autores han propuesto clasificarla en niveles altos o bajos, en función de la valoración que la persona realiza sobre sí misma y su ajuste psicológico (Segura-Arévalo et al., 2022). No obstante, esta distinción debe entenderse como una simplificación de un constructo más complejo. Una alta autoestima se

asocia con actitudes y juicios hacia uno mismo, favoreciendo el afrontamiento más adaptativo ante situaciones. Por el contrario, una baja autoestima se relaciona con una valoración negativa del propio yo, caracterizada por altos niveles de autocrítica y dificultades, lo que puede contribuir al malestar emocional (Giraldo y Holguín, 2017).

A causa de la complejidad inherente al concepto, se puede abordar desde la construcción de la autoestima según Melanie Fennell, quien plantea que el concepto hace referencia a “la opinión general que tenemos de nosotros mismos, cómo nos juzgamos o evaluamos y el valor que nos otorgamos como personas” (2001). Desde el modelo cognitivo de la baja autoestima, la autora ofrece una visión multidimensional de aquellos mecanismos que subyacen, formando una percepción negativa de la persona (Fennell, 1997).

Entre los modelos explicativos más relevantes, el modelo cognitivo de la baja autoestima propuesto por Fennell (1997), ofrece una explicación del mantenimiento de la autoevaluación negativa a partir de experiencias tempranas. Según este modelo, al crecer una persona en contextos caracterizados por falta de afecto, validación o altos niveles de crítica, puede desarrollar creencias negativas sobre sí misma. Estas creencias se consolidan y se convierten en una forma automática de interpretar la realidad y percibirse a sí misma, generando malestar. A partir de esta visión de uno mismo, se desarrollan reglas rígidas de funcionamiento y estrategias compensatorias que, aunque inicialmente buscan reducir el malestar, contribuyen a mantener el problema a lo largo del tiempo.

A partir de estas creencias y reglas, la persona tiende a interpretar las situaciones de forma sesgada, lo que influye en sus respuestas emocionales y conductuales. Ante lo anteriormente descrito, se desencadena un ciclo de autocrítica, ansiedad y depresión, fomentando conductas desadaptativas por parte del individuo (evitación, sobreesfuerzo, etc.). El modelo de Fennell muestra como la baja autoestima se mantiene por un ciclo que perpetúa el problema de la persona (Fennell, 1997).

En este contexto, el modelo de Fennell resulta especialmente relevante al considerar la autoestima como un constructo dinámico y susceptible de cambio, lo que permite comprender no solo su desarrollo, sino también su posible intervención (Fennell, 1997). Esta perspectiva adquiere especial importancia en la etapa adolescente, caracterizada por un proceso intenso de construcción y definición de la identidad. Durante este periodo, los individuos desarrollan una mayor conciencia sobre sí mismos y sobre el impacto de su comportamiento en el entorno, donde la influencia de los iguales cumple un papel especialmente relevante, actuando en

ocasiones como un referente que contribuye a la construcción de la autoimagen (Giraldo y Holguín, 2017).

Hernández et al. (2018), entienden la adolescencia como etapa de cambios a nivel psicológico, fisiológicos y sociales, cambios que pueden generar procesos de inestabilidad emocional y afectar a la autoestima del individuo. Este período vital se considera especialmente vulnerable debido a la intensidad de los cambios que se producen, lo que puede influir en la forma en que los adolescentes se perciben y valoran a sí mismos. En este sentido, la autoestima desempeña un papel relevante en la adaptación a los nuevos retos propios de esta etapa, favoreciendo un afrontamiento más ajustado de las demandas evolutivas (Pérez Villalobos, 2019).

A lo largo de este período evolutivo, la autoestima del adolescente se ve especialmente influida por los procesos de construcción de la identidad, el establecimiento de vínculos sociales y la búsqueda de aprobación entre iguales, lo que puede repercutir en su desarrollo psicológico (Díaz et al., 2018). En este contexto, una baja autoestima se ha asociado con mayores dificultades en el ajuste emocional pudiendo relacionarse con síntomas como el bajo estado de ánimo o problemas en la regulación emocional, así como con un mayor riesgo de desarrollar psicopatología (Pérez Villalobos, 2019). En conjunto, estos factores ponen de manifiesto la relevancia de la autoestima durante la adolescencia como un elemento clave en el desarrollo y la adaptación del individuo.

Un nivel adecuado de autoestima se ha asociado con un papel protector en el desarrollo del individuo, contribuyendo a su bienestar biopsicosocial, especialmente durante la etapa adolescente (Álvarez et al., 2010).

Dado el papel central que desempeñan la autoestima y el autoconcepto en el ajuste psicológico durante la adolescencia, resulta coherente que se hayan desarrollado múltiples intervenciones dirigidas específicamente a su mejora.

Intervenciones Existentes para la Mejora de la Autoestima en Adolescentes

A partir del reconocimiento de la autoestima como constructo relevante durante la adolescencia para el bienestar psicológico, se han desarrollado diversas intervenciones dirigidas a su mejora. Estas intervenciones pueden agruparse en función de su enfoque, tanto terapéutico como preventivo, y del contexto de aplicación, como el educativo, clínico y comunitario, habiendo sido implementadas de forma progresiva a lo largo de los años.

En el contexto escolar, numerosos programas de carácter psicoeducativo se han centrado en el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales, con el objetivo de promover una autoevaluación más positiva y prevenir posibles dificultades emocionales posteriores (Barrett et al., 1999; Ruiz-Aranda et al., 2012; O'Dea & Abraham, 2000). Por otro lado, en el ámbito clínico, se han desarrollado intervenciones enfocadas en modelos cognitivo-conductuales que abordan de manera directa los pensamientos disfuncionales y creencias negativas sobre el valor personal de uno mismo, tanto en modalidad presencial como online (Berg et al., 2022).

Además, en los últimos años se han desarrollado intervenciones que amplían el abanico de enfoques tradicionales, como los programas de mentoría orientados a fortalecer las relaciones interpersonales y el sentido de pertenencia (Marino et al., 2020) o las intervenciones de empoderamiento dirigidas a poblaciones específicas, como mujeres adolescentes en contextos de vulnerabilidad (LeCroy, 2004). Estos avances reflejan la diversidad de estrategias empleadas en la mejora de la autoestima en adolescentes. No obstante, la existencia de múltiples propuestas no implica que todas sigan el mismo marco teórico ni que se desarrollen bajo condiciones metodológicas homogéneas, lo que dificulta la integración sistemática y la comparación de los resultados obtenidos.

Diversidad Teórica y Metodológica de las Intervenciones

En línea con lo expuesto, las intervenciones dirigidas a la mejora de la autoestima en adolescentes presentan una marcada heterogeneidad tanto a nivel teórico como metodológico, lo que dificulta el análisis y comparación de sus resultados. Desde un punto de vista teórico, predominan los programas y protocolos guiados por modelos cognitivo-conductuales, que se centran en la identificación y modificación de creencias nucleares negativas sobre uno mismo (Fennell, 1997; Barrett et al., 1999; Berg et al., 2022), mientras que otras intervenciones adoptan enfoques más amplios, como la educación emocional (Ruiz-Aranda et al., 2012), el desarrollo de las habilidades para la vida (Mohammadzadeh et al., 2019) o enfoques preventivos centrados en factores de riesgo psicosociales (O'Dea & Abraham, 2000).

Desde una perspectiva metodológica, los programas existentes difieren en aspectos clave como puede ser el formato de aplicación (intervenciones individuales o grupales), la duración y número de sesiones, el perfil del aplicador y el contexto en el que se desarrollan. Además diversos instrumentos estandarizados se emplean para la evaluación de la autoestima, incluyendo escalas globales, subescalas o medidas relacionadas con el autoconcepto, lo que

añade variabilidad en la interpretación de los resultados (LeCroy, 2004; Marino et al., 2020). Debido a esta diversidad, resulta necesario analizar no solo la eficacia de las intervenciones, sino también las características que explican dicha eficacia, así como examinar la consistencia de la evidencia empírica disponible.

Resultados Inconsistentes en la Literatura Científica

A pesar del gran número de intervenciones y protocolos enfocados en la mejora de la autoestima en población adolescente, la evidencia empírica muestra resultados inconsistentes en cuanto a su eficacia. Algunos estudios reflejan mejoras significativas o efectos tras la aplicación de determinados programas (Mohammadzadeh et al., 2019; Berg et al., 2022; Richardson & Paxton, 2010), mientras que otros encuentran efectos más limitados, observando cambios únicamente en algunas variables y no en la autoestima global o en todos los indicadores evaluados (Steese et al., 2006; Pannebakker et al., 2019).

De igual modo, algunas investigaciones sugieren que los posibles efectos de las intervenciones pueden depender de variables moderadoras, como el sexo, el contexto de aplicación o el tipo de programa implementado. Warner y Budd (2018) observaron diferencias en la autoestima asociadas al sexo de los participantes, independientemente de la intervención aplicada. Asimismo, otros estudios señalan que los resultados obtenidos pueden no mantenerse en el tiempo o simplemente limitarse a dimensiones específicas del autoconcepto (Barrett et al., 1999; O'Dea y Abraham, 2000). Esta variabilidad evidencia que no todas las intervenciones son igualmente eficaces, lo plantea la necesidad de analizar qué factores explican dichas diferencias.

Vacío y Limitaciones de la Literatura Previa

A pesar del creciente interés en este campo, la literatura disponible presenta vacíos y limitaciones relevantes. Algunas de las revisiones adoptan enfoques teóricos o narrativos sin aplicar criterios sistemáticos de selección o incluyen muestras heterogéneas en términos de población o intervenciones, lo que dificulta la extracción de resultados asociados a la población adolescente (León García, 2024). Además, son escasos los estudios que analizan de forma conjunta las características metodológicas y estructurales de las intervenciones, o que comparan distintos programas con el objetivo de identificar los factores que evidencian la eficacia. Esta falta de integración limita la generalización de resultados a la práctica clínica y pone de manifiesto la necesidad de revisiones sistemáticas que integren y analicen la evidencia disponible de manera exhaustiva y rigurosa.

Justificación de la Revisión Sistemática

A partir de lo expuesto, se justifica la necesidad de realizar una revisión sistemática que permita el analizar e integrar la evidencia empírica disponible sobre protocolos e intervenciones dirigidas a mejorar la autoestima en población adolescente. Este tipo de estudio permitirá evaluar la eficacia de los distintos programas, así como analizar las características metodológicas, de la muestra y de las intervenciones, con el objetivo de identificar los factores asociados a los resultados observados.

Objetivo

El objetivo de esta revisión sistemática es analizar e integrar la evidencia empírica disponible sobre programas, intervenciones y protocolos dirigidos a la mejora de la autoestima en población adolescente, evaluando su eficacia y efectividad.

Para ello, se prestará especial atención a:

- Los tipos de programas existentes, sus perspectivas teóricas y ámbitos de realización.
- La eficacia de los distintos programas/protocolos.
- Los factores que explican la variabilidad en su eficacia.

Método

Diseño de Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (Page et al., 2021). La búsqueda se realizó entre noviembre de 2025 y enero de 2026.

Las búsquedas se llevaron a cabo en las bases de datos PsycInfo, PubMed y Psychological and Behavioural Sciences, con el fin de encontrar y poder analizar la bibliografía científica publicada hasta enero de 2026. No se incluyó literatura gris, al priorizar estudios con revisión por pares. Se aplicaron como filtro el idioma (inglés y español) y el tipo de documento (artículos empíricos).

Los términos que compusieron las ecuaciones de búsqueda en lenguaje documental fueron las siguientes según las diferentes bases de datos.

La estrategia de búsqueda se estructuró en torno a tres bloques conceptuales principales:

1. Constructo: autoestima y autoconcepto (self-esteem, self-concept, self.perception)

2. Población: adolescentes (adolescent, adolescence, teen, youth, young people)
3. Intervención: programas o protocolos (intervention, program, protocol, treatment, educational program, program development)

Se incluyeron tanto términos relacionados con la autoestima como con el autoconcepto, debido a la frecuente superposición conceptual entre ambos constructos en la literatura, especialmente en población adolescente.

En **PycInfo** se emplearon los descriptores *Self-Perception* y *Self-Esteem* combinados con términos relacionados con la población adolescente (*adolescence, adolescent, teen, youth o young people*) y con el tipo de intervención (*Educational Programs, Program Development, protocol o programme*), obteniéndose como resultado final un total de 116 registros. En **PubMed**, se utilizaron tanto términos MeSH como texto libre, combinando *Self-Concept* y *Self-Esteem* con *Adolescent* y con descriptivos relativos a intervenciones (*Clinical Protocols, intervention protocol o treatment protocol*), dando lugar a 71 resultados.

Por último, en **Psychology and Behavioral Sciences Collection** se emplearon los descriptores *Self-Perception* y *Self-Esteem*, junto con términos relacionados con la adolescencia (*Adolescence o adolescent*) y con programas o protocolos de intervención (*Educational Programs, Program Development, protocol o intervention*), obteniéndose un total de 365 registros. Se conectaron los términos mediante operadores AND y OR (Tabla A1).

Las ecuaciones de búsqueda se adaptaron a las características específicas de cada base de datos, manteniendo la equivalencia conceptual entre ellas, optimizando dicha búsqueda de equivalencia en cuanto a términos con herramientas de inteligencia artificial.

Criterios de Elegibilidad

Criterios de Inclusión

Los estudios fueron incluidos en la presente revisión sistemática si cumplían los siguientes criterios estructurados según el modelo PICOS:

- Población (P): estudios realizados en población adolescente con edades comprendidas entre 12 y 18 años.
- Intervención (I): programas, protocolos o intervenciones estructuradas cuyo objetivo principal fuera la mejora de la autoestima o el autoconcepto.
- Comparación (C): presencial del grupo control, grupo de comparación o condición equivalente.

- Resultados (O): evaluación de la autoestima o el autoconcepto mediante instrumentos estandarizados y validados, con datos que permitieran analizar el cambio pre-post o la eficacia de la intervención.
- Diseño (S): estudios con diseño experimental o cuasiexperimental.

Adicionalmente, se incluyeron únicamente estudios publicados en inglés o español.

Con el fin de garantizar una mayor validez interna en la síntesis de resultados, se optó por incluir exclusivamente estudios que incorporara grupo control o de comparación, lo que permite una interpretación más robusta de la eficacia de las intervenciones analizadas.

Criterios de Exclusión

En este proceso fueron descartados estudios (1) centrados en población infantil menores de 12 o población adulta, (2) artículos que presentaban estudios de caso único, diseños cualitativos o sin grupo control, (3) programas centrados principalmente en la mejora de otras variables, siendo la autoestima una variables secundaria o no evaluada, (4) aquellos estudios que no empleaban instrumentos validados para la medición de la autoestima y (5) estudios con poblaciones clínicas o de riesgo.

El proceso de selección de los estudios se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (Page et al., 2021) (Figura 1).

En la fase de identificación se obtuvieron un total de 552 registros a través de las bases de datos consultadas. Tras la eliminación de duplicados, se procedió al cribado por título y resumen, en el que se excluyeron aquellos estudios que no cumplían los criterios de inclusión, reduciéndose la muestra a 52 artículos potencialmente relevantes.

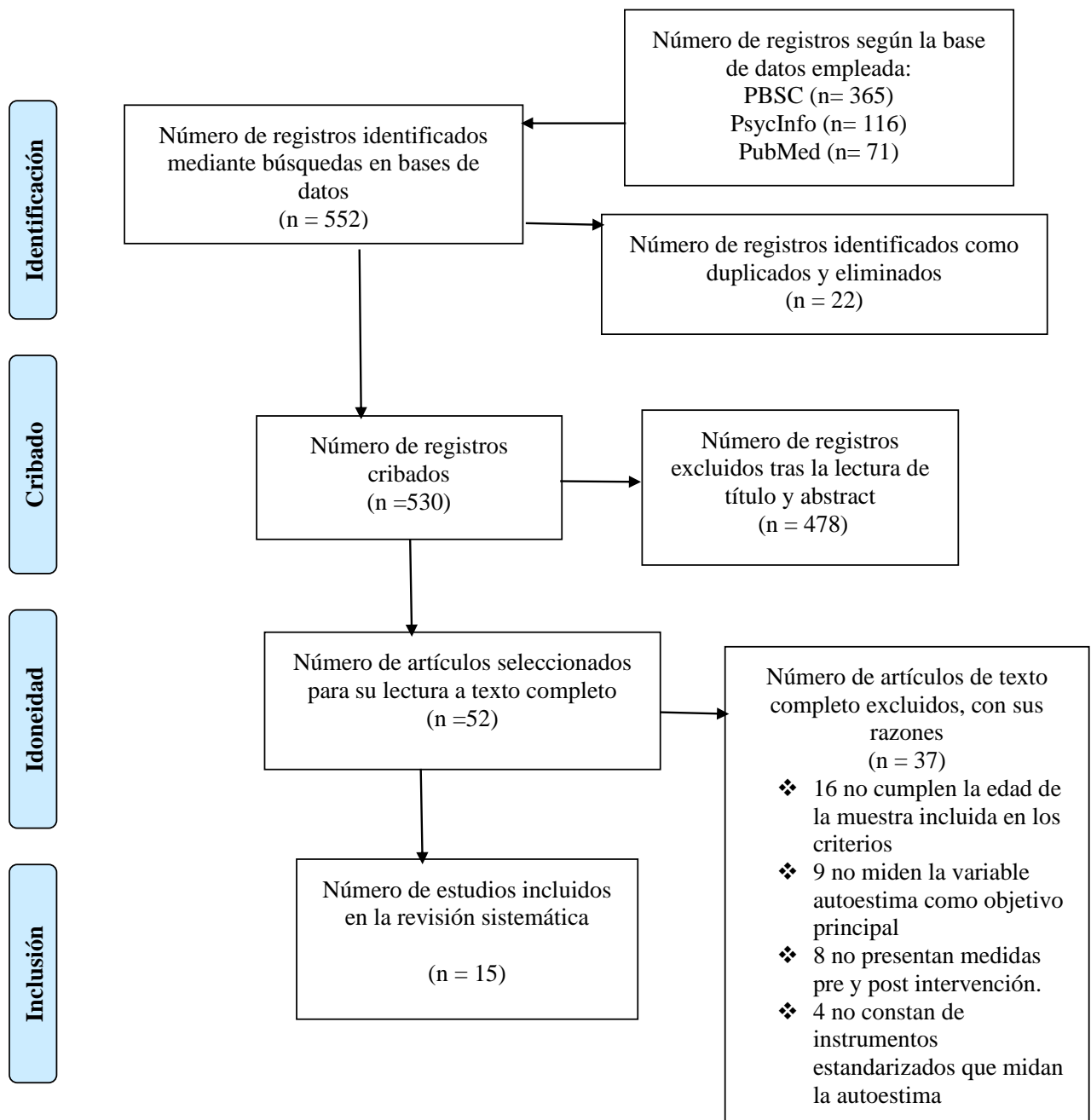
Posteriormente, se realizó la evaluación a texto completo de estos estudios, excluyéndose aquellos que no cumplían los criterios de elegibilidad establecidos. Finalmente, un total de 15 estudios fueron incluidos en la revisión sistemática (Figura 1).

Durante la fase de evaluación a texto completo, los estudios fueron excluidos principalmente por los siguientes motivos:

- Ausencia de grupo control.
- Población fuera del rango de edad establecido.
- Intervención no centrada en la autoestima como variable principal.
- Uso de instrumentos no validados.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre proceso de selección de los artículos según las directrices PRISMA



VARIABLES DE RESULTADO Y METODOLÓGICAS

Con el fin de realizar una síntesis estructurada de la evidencia, se procedió a la extracción sistemática de información de los estudios incluidos, organizando las variables en cuatro grandes bloques: variables metodológicas, variables de la muestra, variables de la intervención y variables de resultado.

Asimismo, en aquellos casos en los que se identificaron múltiples publicaciones derivadas de un mismo estudio, estas se agruparon y consideraron como una única unidad de análisis, evitando así la duplicación de resultados en la síntesis. En estos casos, se priorizó la información más completa disponible.

En primer lugar, mediante el análisis de las variables metodológicas de los estudios seleccionados se ha podido evaluar la validez interna de los artículos primarios. En concreto, como variables se han tenido en cuenta las siguientes: el diseño de los estudios, la asignación a los grupos de intervención y control, el número total de la muestra, existencia o no de grupo control, momento de evaluación, instrumento de medida de la autoestima y por último el análisis estadístico.

En segundo lugar, se procedió al análisis de las variables relacionadas con las características de la muestra, ya que éstas pueden llegar a afectar a la generalizabilidad de los resultados (validez externa). Dichas variables evaluadas son las siguientes: tamaño muestral, características sociodemográficas y contexto en el que se desarrolla la intervención.

En tercer lugar, se analizaron las variables relativas a las características de la intervención, con el fin de identificar posibles factores explicativos de la variabilidad en la eficacia de los programas. Se recogió información sobre el enfoque teórico, formato del programa o intervención, número total de sesiones, duración de las sesiones, duración total del programa, aplicador, contexto en el que se desarrolla el programa, componentes principales y manualización.

En último lugar, se han registrado como variables de resultado, aquellas centradas en la evaluación de la eficacia de las intervenciones. En concreto se extrajeron las medias pre y post intervención, tanto grupo control como grupo de intervención, así como la información relativa a la significación estadística de las diferencias entre grupos, además del tamaño del efecto cuando estaban disponibles. Por otro lado se tendrá en cuenta la presencia o no de un seguimiento tras la finalización del programa o intervención, con el objetivo de evaluar la eficacia de la intervención a lo largo del tiempo y la estabilidad de sus efectos.

En algunos estudios, la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) se empleó con puntuaciones invertidas, por lo que la interpretación de los resultados se realizó atendiendo a la dirección específica de cada instrumento.

La extracción de datos fue realizada de forma sistemática mediante una hoja de codificación previamente definida.

Análisis de Datos

Se realizó una síntesis narrativa de los resultados con el objetivo de describir de forma estructurada las características de los estudios incluidos, así como los efectos observados de las intervenciones sobre la autoestima. Esta síntesis se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane para revisiones sistemáticas sin metaanálisis (Higgins et al., 2022), atendiendo a la dirección del efecto y a los cambios observados entre las medidas pre y post intervención en los grupos de intervención y control.

Los datos extraídos de cada estudios se organizaron en tablas de síntesis que permitieron la comparación estructurada de los resultados.

Resultados

Los estudios incluidos en la revisión presentan una notable heterogeneidad en términos de diseño metodológico, tamaño muestral, características de la población y tipo de intervención.

En relación con el análisis estadístico, se observa el uso predominante de técnicas como ANOVA, ANCOVA Y MANOVA, así como modelos más avanzados como modelos de crecimiento latente en algunos estudios.

Las intervenciones se desarrollan mayoritariamente en contextos educativos y presentan una variabilidad considerable en cuanto a duración, número de sesiones y enfoque teórico.

Características Metodológicas y de la Muestra

En relación con el diseño metodológico, seis estudios emplearon un ensayo controlado aleatorizado (Amin et al., 2020; Berg et al., 2022; Egbochuku et al., 2006; 2009; Mohammadzadeh et al., 2019; Pannebakker et al., 2019; Rivet-Duval et al., 2011), mientras que ocho estudios utilizaron un diseño cuasi-experimental con grupo control no equivalente o asignación no completamente aleatoria (Barrett et al., 1999; LeCroy, 2004; Marino et al., 2020; O'Dea & Abraham, 2000; Richardson & Paxton, 2010; Ruiz-Aranda et al., 2012; Steese et al.,

2006; Warner & Budd, 2018) (Tabla 1). Esta distribución refleja una variabilidad en la calidad metodológica de los estudios incluidos, lo que debe tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

En cuanto al procedimiento de asignación, la asignación individual aleatoria fue descrita en cuatro de los estudios (Amin et al., 2020; Berg et al., 2022; Egbochuku et al., 2006; 2009; Rivet-Duval et al., 2011), mientras que la aleatorización por conglomerados o centros educativos se llevó a cabo en tres estudios (Mohammadzadeh et al., 2019; Pannebakker et al., 2019; O’Dea & Abraham, 2000). En los restantes trabajos no se especificó una asignación estrictamente aleatoria (Barrett et al., 1999; LeCroy, 2004; Marino et al., 2020; Richardson & Paxton, 2010; Ruiz-Aranda et al., 2012; Steese et al., 2006; Warner & Budd, 2018) (Tabla 1). La ausencia de información sobre el procedimiento de asignación en varios estudios puede introducir sesgos en la estimación del efecto.

La mayoría de los estudios incluyeron dos grupos, intervención y control, aunque uno de ellos incorporó más de dos condiciones experimentales (Barrett et al., 1999). En relación con la condición del grupo control, en la mayoría de los estudios éste no recibió intervención, continuó con el currículo habitual o se empleó lista de espera (Amin et al., 2020; LeCroy, 2004; O’Dea & Abraham, 2000; Richardson & Paxton, 2010; Warner & Budd, 2018; Berg et al., 2022; Rivet-Duval et al., 2011; Pannebakker et al., 2019; Marino et al., 2020; Ruiz-Aranda et al., 2012). Por otro lado, dos estudios emplearon condiciones de control activas (Egbochuku et al., 2006; 2009; Mohammadzadeh et al., 2019) y uno incluyó múltiples condiciones, combinando placebo activo y lista de espera (Barrett et al., 1999). Asimismo, un estudio no incluyó grupo control (Steese et al., 2006) (Tabla 1). El predominio de grupos control pasivos puede estar asociado a una sobreestimación del efecto de las intervenciones.

En relación con los instrumentos de evaluación de la autoestima, la escala de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) fue utilizada en nueve de los estudios comparados (Amin et al., 2020; Barrett et al., 1999; Berg et al., 2022; Mohammadzadeh et al., 2019; Pannebakker et al., 2019; Richardson & Paxton, 2010; Rivet-Duval et al., 2011; Steese et al., 2006; Warner & Budd, 2018). Los restantes estudios emplearon instrumentos alternativos como la subescala de autoestima del BASC (Ruiz-Aranda et al., 2012), el Self-Perception Profile for Adolescents (O’Dea & Abraham, 2000), la Peer Self-Esteem Scale (LeCroy, 2004), el Adolescent Self-Concept Scale (Egbochuku et al., 2006; 2009) y el Self-Esteem Questionnaire (Marino et al., 2020) (Tabla 1 y Tabla 4). Esta diversidad en los instrumentos de medida introduce

heterogeneidad en la evaluación del constructo, dificultando la comparabilidad directa entre ellos.

Además de la autoestima, fueron evaluadas variables adicionales como síntomas depresivos y ansiosos (Mohammadzadeh et al., 2019; Rivet-Duval et al., 2011; Amin et al., 2020; Berg et al., 2022; Ruiz-Aranda et al., 2012), imagen corporal y conductas alimentarias (O’Dea & Abraham, 2000; Richardson & Paxton, 2010; LeCroy 2004; Steese et al., 2011), autoeficacia y bienestar psicológico (Pannebakker et al., 2019), estrés percibido y ansiedad ante los exámenes (Warner & Budd, 2018), tipo de escuela e interacción tratamiento-escuela (Egbochuku et al., 2006; 2009), así como otras variables emocionales y sociales (Marino et al., 2020; Barrett et al., 1999) (Tabla 1). La inclusión de variables adicionales refleja la naturaleza multidimensional de las intervenciones, aunque introduce variabilidad en los resultados evaluados.

En cuanto al análisis estadístico empleado, se utilizaron análisis de varianza o ANOVA mixtas (Barrett et al., 1999; Mohammadzadeh et al., 2019; Warner & Budd, 2018), análisis de covarianza (ANCOVA) (Amin et al., 2020; LeCroy, 2004; Richardson & Paxton, 2010; Rivet-Duval et al., 2011; Ruiz-Aranda et al., 2012; O’Dea & Abraham, 2000), modelos lineales mixtos o multinivel (Marino et al., 2020; Pannebakker et al., 2019), modelo de crecimiento latente (Berg et al., 2022) y pruebas t de Student (Egbochuku et al., 2006; 2009; Steese et al., 2006) (Tabla 1). La diversidad en los enfoques analíticos contribuye a la heterogeneidad metodológica entre estudios.

Todos los estudios incluyeron evaluación pre y post intervención. Únicamente cinco estudios incorporaron seguimiento posterior, a los 3 meses (Richardson & Paxton, 2010), a los 4 meses (Mohammadzadeh et al., 2019), a los 6 meses (Rivet-Duval et al., 2011), a los 12 meses (O’Dea & Abraham, 2000) y al año y 20 meses (Pannebakker et al., 2019). El resto no informó de seguimiento adicional (Amin et al., 2020; Barrett et al., 1999; Berg et al., 2022; Egbochuku et al., 2006; 2009; LeCroy, 2004; Marino et al., 2020; Ruiz-Aranda et al., 2012; Steese et al., 2006; Warner & Budd, 2018) (Tabla 4). La escasa presencia de medidas de seguimiento limita la evaluación de la estabilidad de los efectos a largo plazo.

En relación con las características de la muestra (Tabla 2), el tamaño muestral osciló entre 51 participantes (Barrett et al, 1999) y 1505 participantes (Pannebakker et al, 2019). Tres estudios incluyeron exclusivamente chicas adolescentes (LeCroy, 2004; Richardson & Paxton, 2010; Steese et al., 2011), mientras que los once restantes incluyeron muestras mixtas (Amin

et al., 2020; Barrett et al., 1999; Berg et al., 2022; Egbochuku et al., 2006; 2009; Marino et al., 2020; Mohammadzadeh et al., 2019; O’Dea & Abraham, 2000; Pannebakker et al., 2019; Rivet-Duval et al., 2011; Ruiz-Aranda et al., 2012; Warner & Budd, 2018). La inclusión de muestras exclusivamente femeninas en algunos estudios puede limitar la generalización de los resultados.

Los participantes fueron reclutados en centros educativos de educación secundaria en once estudios (Amin et al., 2020; Barrett et al., 1999; Egbochuku et al., 2006; 2009; LeCroy, 2004; Marino et al., 2020; O’Dea & Abraham, 2000; Pannebakker et al., 2019; Richardson & Paxton, 2010; Rivet-Duval et al., 2011; Ruiz-Aranda et al., 2012; Warner & Budd, 2018), mientras que uno se desarrolló con adolescentes residentes en orfanatos (Mohammadzadeh et al., 2019). Otro de los estudios reclutó muestra procedente de entornos comunitarios (Berg et al., 2022) y otro de ellos de programas (Stesse et al., 2006). Los estudios se llevaron a cabo en distintos países, incluyendo Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Países Bajos, Malasia, Nigeria, Mauricio, España y Suecia (Tabla 2), lo que refleja diferencias en el contexto de aplicación que pueden influir en la respuesta a la intervención y contribuir a la variabilidad de los resultados.

En conjunto, las características metodológicas y de la muestra evidencian una heterogeneidad relevante entre los estudios incluidos, tanto en términos de diseño como de población y evaluación, lo que debe tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados y en la síntesis cuantitativa de la evidencia.

Tipos de Programas de Intervención Aplicados

En relación con las características de las intervenciones (Tabla 3), los estudios incluidos en la presente revisión mostraron una notable heterogeneidad en cuanto al enfoque teórico seguido, modalidad de aplicación, duración y formato. Esta heterogeneidad introduce variabilidad en los resultados observados y debe ser considerada en la interpretación de los mismos.

En función del marco teórico, seis estudios implementaron programas basados en principios regidos por la terapia cognitivo-conductual (Amin et al., 2020; Barrett et al., 1999; Berg et al., 2022; Mohammadzadeh et al., 2019; Pannebakker et al., 2019; Rivet-Duval et al., 2011). Dos estudios aplicaron intervenciones centradas específicamente en la mejora de la imagen corporal y la prevención de la insatisfacción corporal (O’Dea & Abraham, 2000; Richardson & Paxton, 2010). Un estudio desarrolló un programa de counselling entre iguales

o intervención grupal basada en apoyo entre pares (Egbochuku et al., 2006; 2009). Un estudio evaluó un programa de mentoring escolar (Marino et al., 2020). Un estudio analizó una intervención de empoderamiento dirigida específicamente a chicas adolescentes (LeCroy, 2004). Un estudio evaluó un programa estructurado de apoyo grupal para chicas (Steese et al., 2006). Un estudio implementó una intervención basada en inteligencia emocional (Ruiz-Aranda et al., 2012). Finalmente, un estudio evaluó una intervención de coaching entre iguales estructurada mediante el modelo IGROW (Warner & Budd, 2018) (Tabla 3). Esta diversidad de enfoques teóricos refleja la ausencia de un modelo de intervención único y puede dificultar la comparabilidad directa entre estudios.

Respecto al formato de aplicación, trece estudios desarrollaron intervenciones presenciales en el contexto escolar (Amin et al., 2020; Barrett et al., 1999; Egbochuku et al., 2006; 2009; LeCroy, 2004; Marino et al., 2020; O’Dea & Abraham, 2000; Pannebakker et al., 2019; Richardson & Paxton, 2010; Rivet-Duval et al., 2011; Ruiz-Aranda et al., 2012; Steese et al., 2006; Warner & Budd, 2018; y Mohammadzadeh et al., 2019, en contexto orfanato), mientras que un estudio aplicó una intervención online basada en terapia cognitivo-conductual (Berg et al., 2022) (Tabla 3). La predominancia de intervenciones presenciales limita la comparación entre modalidades de aplicación.

En cuanto a la modalidad de intervención, diez estudios implementaron programas grupales (Barrett et al., 1999; Egbochuku et al., 2006; 2009; LeCroy, 2004; Mohammadzadeh et al., 2019; O’Dea & Abraham, 2000; Pannebakker et al., 2019; Richardson & Paxton, 2010; Rivet-Duval et al., 2011; Ruiz-Aranda et al., 2012; Steese et al., 2006), mientras que cuatro estudios incluyeron componentes individuales o combinados (Amin et al., 2020; Berg et al., 2022; Marino et al., 2020; Warner & Budd, 2018) (Tabla 3). Estas diferencias pueden influir en la dinámica de la intervención y en los resultados obtenidos.

En relación con la duración, los programas variaron entre intervenciones breves de tres sesiones (Richardson & Paxton, 2010) y programas de mayor extensión que oscilaron entre veintiséis y treinta sesiones (Pannebakker et al., 2019; Marino et al., 2020). Otros estudios implementaron programas de diez, once o doce semanas (Ruiz-Aranda et al., 2012; Egbochuku et al., 2006; 2009; Steese et al., 2006, Rivet-Duval et al., 2011, LeCroy., 2004), intervenciones de nueve semanas (O’Dea & Abraham, 2000), intervenciones de seis, siete u ocho semanas (Berg et al., 2022; Mohammadzadeh et al., 2019; Amin et al., 2020, Warner & Budd, 2018) o intervenciones implementadas en un plazo más corto de tiempo (Barrett et al., 1999) (Tabla 3).

Esta variabilidad en la duración e intensidad de las intervenciones puede estar asociada a diferencias en su eficacia.

En cuanto a los agentes encargados de la aplicación de los programas o intervenciones, en varios estudios las intervenciones fueron impartidas por profesionales formados específicamente para el programa (Amin et al., 2020; Ruiz-Aranda et al., 2012; Mohammadzadeh et al., 2019; Richardson & Paxton, 2010; Steese et al., 2006), mientras que en otros casos fueron desarrolladas por profesorado del centro previamente entrenado (O’Dea & Abraham, 2000; Pannebakker et al., 2019; Rivet-Duval et al., 2011). En otros varios estudios, la intervención fue facilitada por los propios estudiantes con supervisión (Barrett et al., 1999; Berg et al., 2022; Egbochuku et al., 2006; 2009; LeCroy., 2004; Marino et al., 2020; Warner & Budd, 2018) (Tabla 3). Estas diferencias en el perfil del aplicador pueden influir en la fidelidad de la implementación de los programas.

Los programas analizados difirieron en su fundamentación teórica, intensidad, modalidad de aplicación y perfil de los facilitadores, evidenciando una elevada heterogeneidad que debe ser tomada en cuenta en la interpretación de los resultados y en la síntesis de la evidencia.

Impacto de las Intervenciones

Impacto de las Intervenciones sobre la Autoestima

En relación con el impacto de las intervenciones sobre la autoestima (Tabla 4), diez estudios mostraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de intervención (Amin et al., 2020; Berg et al., 2022; Ruiz-Aranda et al., 2012; Egbochuku et al., 2006; 2009; LeCroy, 2004; Marino et al., 2020; Mohammadzadeh et al., 2019; Richardson & Paxton, 2010; Rivet-Duval et al., 2011; O’Dea & Abraham, 2000), mientras que cuatro estudios no evidenciaron efectos significativos atribuibles al programa (Barrett et al., 1999; Pannebakker et al., 2019; Steese et al., 2006; Warner & Budd, 2018). Estos resultados indican una tendencia general favorable a la eficacia de las intervenciones, aunque no homogénea entre estudios.

Comparación de Medias Pre y Post Intervención

En los estudios que mostraron resultados significativos (Tabla 4), se identificaron diferentes patrones de cambio en relación con las puntuaciones de autoestima. La identificación de estos patrones permite una mejor comprensión de la variabilidad en los efectos observados.

Un primer grupo de estudios mostró un incremento marcado en el grupo de intervención junto con una estabilidad o cambio mínimo en el grupo control. Este patrón se observó en Amin

et al. (2020), donde el grupo intervención aumentó de 21.89 a 30.55, mientras que el grupo control apenas varió (20.73 a 21.26); en Berg et al. (2022), donde el grupo intervención pasó de 9.88 a 15.40 frente a un aumento mucho menor en el grupo control (9.15 a 10.63); y en Mohammadzadeh et al. (2019), donde el grupo intervención aumentó de 26.49 a 31.97 mientras que el grupo control mostró un cambio mínimo (26.22 a 26.73). Además, en el estudio de Barrett et al. (1999), y teniendo en cuenta que una disminución en la puntuación refleja una mejora en la autoestima, debido a la codificación invertida de la escala, también presentó el mismo patrón. El grupo intervención pasó de 26.4 a 19.6 frente a un cambio mínimo en el grupo control (23.3 a 23.4). En estos estudios, las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas y se acompañaron de tamaños del efecto grandes o muy grandes. Este patrón sugiere una respuesta clara a la intervención en comparación con el grupo control.

Un segundo patrón se caracterizó por un incremento en las puntuaciones de ambos grupos, intervención y control, aunque superior en el grupo intervención. Este comportamiento se observó en Richardson y Paxton (2010), donde el grupo intervención aumentó de 31.14 a 33.49 y el grupo control de 29.96 a 30.72; y en LeCroy (2004), donde el grupo intervención pasó de 24.88 a 29.64 y el grupo control de 29.09 a 30.10. En ambos casos se registraron interacciones grupo por tiempo significativas con tamaños del efecto moderados. Este comportamiento puede indicar la presencia de efectos inespecíficos o cambios asociados al contexto.

Un tercer patrón incluyó estudios en los que el grupo intervención mostró un incremento mientras que el grupo control se mantuvo estable o descendió ligeramente. Ruiz-Aranda et al. (2012) observaron un aumento en el grupo intervención (6.23 a 6.83) junto con una ligera disminución en el grupo control (5.75 a 5.65). De forma similar, Marino et al. (2020) registraron un incremento en el grupo intervención (2.85 a 2.97) y una leve reducción en el grupo control (3.08 a 3.01). En ambos estudios las diferencias fueron significativas con tamaños del efecto moderados. La estabilidad o descenso en el grupo control refuerza la diferencia atribuible a la intervención.

En el estudio de Rivet-Duval et al. (2011), se observaron diferencias significativas entre grupos en el post-test con un tamaño del efecto moderado, teniendo en cuenta que una disminución en la puntuación refleja una mejora en la autoestima, debido a la codificación invertida de la escala. Si bien la información detallada de medias reflejó cambios más

contenidos en comparación con otros estudios con efectos grandes. Este resultado sugiere un efecto más moderado en comparación con otros estudios analizados.

En los estudios de counselling entre iguales (Egbochuku et al., 2006; 2009) se reportaron puntuaciones significativamente superiores en el grupo intervención en el post-test en comparación con el grupo control, aunque no se informaron de forma completa las medias pre-test ni los tamaños del efecto. De forma similar, O'Dea y Abraham (2000) identificaron cambios significativos en dimensiones específicas del autoconcepto relacionadas con la autoestima, sin aportar medias globales completas ni tamaños del efecto cuantificados. La ausencia de información completa limita la comparación cuantitativa entre estudios.

Estudios sin Efectos Significativos

Pannebakker et al. (2019), mediante la versión neerlandesa de la RSES, no observaron diferencias significativas ni en el post-test ni en los seguimientos a 12 y 20 meses ($g = 0.16$). Steese et al. (2006) no registraron cambios significativos pre-post en autoestima. Warner y Budd (2018) no identificaron efecto principal de la intervención sobre la autoestima, aunque informaron de un efecto significativo del sexo ($\eta^2 = .291$), independiente del grupo. Estos resultados reflejan la existencia de intervenciones sin efecto detectables sobre la autoestima.

Seguimiento

Cinco estudios incluyeron seguimiento posterior al post-test. Richardson y Paxton (2010) mantuvieron diferencias significativas a los 3 meses. Mohammadzadeh et al. (2019) observaron mantenimiento del efecto a los 4 meses. Rivet-Duval et al. (2011) registraron diferencias significativas tanto en el post-test como a los 6 meses. Pannebakker et al. (2019) no evidenció efectos significativos ni a los 12 ni a los 20 meses. O'Dea y Abraham (2000) evidenciaron efectos mantenidos en varias dimensiones a los 12 meses. Los restantes estudios no informaron sobre seguimiento posterior (Tabla 4). La limitada disponibilidad de datos de seguimiento dificulta la evaluación de la estabilidad de los efectos a largo plazo.

En conjunto, los resultados descriptivos evidencian una tendencia general hacia efectos positivos de las intervenciones sobre la autoestima, aunque con una variabilidad considerable en la magnitud y consistencia de los efectos, lo que debe ser tenido en cuenta en la interpretación global de la evidencia.

Tabla 1*Variables Metodológicas*

Autor (año)	Diseño	Asignación	N total	Grupo Control	Momentos Evaluación	Instrumento de medida	Otras vvs relevantes	Análisis estadístico
Amin et al. (2020)	ECA	Aleatoria	76	Sí (TAU)	Pre-Post	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Ansiedad social, meido a la evaluación negativa	ANCOVA; χ^2
Barrett et al. (1999)	Cuasi-experimental pre-post con grupos de comparación	No aleatoria (emparejamiento)	51	Sí (placebo activo y lista de espera)	Pre-Post	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Cogniciones/autoverbalizaciones, relaciones con iguales, aceptabilidad	MANOVA; ANOVA; pruebas post hoc
Berg et al. (2022)	ECA piloto	Aleatoria	52	Sí (lista de espera)	Pre-Post	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Autocompasión, calidad de vida, depresión, ansiedad, autoestima específica, asertividad	Modelo de crecimiento latente; regresión (ANCOVA-like), ITT
Ruiz-Aranda et al. (2012)	Cuasi-experimental pre-post con grupo control	No aleatoria	147	Sí (control pasivo)	Pre-Post	BASC (subescala de autoestima)	Ansiedad, depresión, estrés social, somatización, locus de control, ajuste psicosocial	MANOVA; ANCOVA; t-tests
Egbochuku et al. (2006, 2009)	Experimental pre-post con grupo control	Aleatoria	68	Sí (control activo: clases de inglés)	Pre-Post	Adolescent Self-Concept Scale (ASCS, APDI adaptada)	Tipo de escuela, interacción tratamiento-escuela y Sexo	t-test; ANOVA; post hoc (Scheffé)
O'Dea & Abraham (2000)	Cuasi-experimental con grupo control y medidas repetidas	Aleatoria por clases	470	Sí (currículo habitual)	Pre-Post- Seguimiento (12 meses)	Self-Perception Profile for Adolescents (Harter)	Imagen corporal, actitudes alimentarias, conductas de peso, ansiedad, depresión, variables antropométricas	ANCOVA de medidas repetidas; χ^2
LeCroy (2004)	Cuasi-experimental pre-post con grupo control	No aleatoria (grupo emparejado)	55	Sí (control pasivo)	Pre-Post	Peer Self-Esteem Scale (Hare)	Imagen corporal, depresión, creencias cognitivas, búsqueda de ayuda	ANCOVA; tamaños del efecto (η^2)
Marino et al. (2020)	Cuasi-experimental pre-post con grupo comparación	No aleatoria (emparejamiento)	209	Sí (grupo comparación escolar)	Pre-Post	Self-Esteem Questionnaire (SEQ, autoestima global)	Conexión escolar	Modelos lineales mixtos; tamaños del efecto
Mohammadzadeh et al. (2019)	RCT multicéntrico	Aleatoria (por centros)	271	Sí (control activo: COMBI)	Pre-Post- Seguimiento (4 meses)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Depresión, ansiedad, estrés	ANOVA mixto; Bonferroni; ITT; η^2
Pannebakker et al. (2019)	Cluster RCT (parcial) con seguimiento	Parcialmente aleatoria (por conglomerados)	1505	Sí (currículo habitual)	Pre-1 año-20 meses	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)	Autoeficacia, interacción social, depresión, conducta problemática	Regresión multinivel; análisis longitudinal; Hedges' g

Richardson & Paxton (2010)	Estudio controlado cuasi-experimental	No aleatoria (por centro escolar)	194	Sí (clases habituales)	Pre – Post – Seguimiento a 3 meses	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Imagen corporal, insatisfacción corporal, internalización de ideal de delgadez, comparación corporal, conversaciones sobre apariencia, burlas por apariencia, restricción alimentaria, síntomas bulímicos	ANCOVA; ANOVA (puntuaciones de cambio); intention-to-treat
Rivet-Duval et al. (2011)	ECA	Aleatoria (individual)	160	Sí (lista de espera)	Pre – Post – Seguimiento a 6 meses	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Síntomas depresivos, desesperanza, habilidades de afrontamiento	ANCOVA; tamaños del efecto (d de Cohen)
Steese et al. (2006)	Cuasi-experimental pre–post	No aleatoria	63	No	Pre – Post	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Apoyo social percibido, imagen corporal, autoeficacia, locus de control	t de Student para muestras relacionadas
Warner & Budd (2018)	Cuasi-experimental entre grupos	No aleatoria (grupos naturales)	55	Sí (sin intervención)	Pre – Post	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Ansiedad ante los exámenes, estrés percibido	ANOVA de dos factores; ANCOVA (controlando puntuaciones pre); tamaños del efecto (η^2)

Tabla 2

Variables de la Muestra

Autor (año)	N total	N Intervención	N control	Edad media	Sexo	Contexto	Abandonos	Población específica
Amin et al. (2020)	76	38	38	14.84 años (SD = 0.98; rango 13–16)	Mixto (55.3% ♂ / 44.7% ♀ en intervención; 63.2% ♂ / 36.8% ♀ en control)	Escolar (6 centros educativos privados, Pakistán)	0	Adolescentes escolarizados con ansiedad social moderada (LSAS-CA \geq 29.5)
Barrett et al. (1999)	51	19 (SCT)	32 (16 APC + 16 WL)	Rango 13–16 años	Mixto (15 ♂ / 36 ♀)	Escolar (centro de secundaria católico, Australia)	1	Adolescentes escolarizados identificados por profesores/orientador con baja autoestima y/o dificultades en relaciones con iguales
Berg et al. (2022)	52	26	26	17.29 años (SD = 2.05; rango 15–19)	Mayoritariamente femenino (96.2% ♀)	Comunitario / online (intervención por internet, Suecia)	4 (7.7%)	Adolescentes con baja autoestima clínicamente significativa (RSES \leq 20), población no clínica con comorbilidad emocional
Ruiz-Aranda et al. (2012)	147	78	69	14.18 años (SD \approx 0.64; rango 13–16)	Mixto (EI: 48 ♀ / 30 ♂; Control: 41 ♀ / 28 ♂)	Escolar (Educación Secundaria Obligatoria, España)	No se reportan	Adolescentes escolarizados de población general (programa universal de educación emocional)
Egbochuku et al. (2006, 2009)	68	34	34	\approx 17 años	Mixto (38 ♂ / 30 ♀)	Escolar (educación secundaria, Nigeria)	No se reportan	Adolescentes con bajo autoconcepto seleccionados previamente; estudiantes de escuelas masculinas, femeninas y mixtas
O’Dea & Abraham (2000)	470	275	195	\approx 13.0 años (SD \approx 0.6; rango 11–14)	Mixto (63% ♀, 37% ♂)	Escolar (dos centros de secundaria, Australia)	0 post; 5 (1.1%) en seguimiento a 12 meses 1 abandono (\approx 1.8%); datos analizados n = 48–54	Adolescentes escolarizados de población general; subgrupo de riesgo con baja autoestima y alta ansiedad
LeCroy (2004)	55	23	32	12.7 años	Femenino (100%)	Escolar / comunitario (middle school, EE. UU.)	No se reportan abandonos diferenciales; muestra final N = 209	Chicas adolescentes tempranas; población general con enfoque preventivo universal
Marino et al. (2020)	209	34	175	11.92 años (SD = 0.79; rango 11–13)	Mixto (56% ♂, 44% ♀)	Escolar y comunitario (programa Mentor-UP, norte de Italia)	No se reportan abandonos diferenciales; muestra final N = 209	Adolescentes en situación de riesgo psicosocial (bajo NSE, dificultades escolares, estatus migrante); población no clínica
Mohammadzadeh et al. (2019)	271	139	132	14.47 años (SD = 1.37; rango 12–18)	Mixto (55% ♂, 45% ♀)	Institucional / comunitario (8 orfanatos, Malasia)	Post: 0; Seguimiento	Adolescentes institucionalizados en orfanatos con sintomatología emocional

								4 meses: 5 (1.8%)	leve o mayor (depresión, ansiedad y/o estrés)
Pannebakker et al. (2019)	1505 (baseline)	964	541	14.2 años (SD ≈ 0.9; rango 13–16)	Mixto (53% ♂, 47% ♀)	Escolar (38 centros de educación secundaria, Países Bajos)	Elevados: T1 n = 995; T2 n = 512 (abandono mayor en control y en chicos)		Adolescentes escolarizados de población general; análisis diferencial por nivel educativo (bajo vs. medio/alto)
Richardson & Paxton (2010)	194	104	90	12.3 años (SD = 0.34; rango aprox. 11–13)	Femenino (100%)	Escolar (2 centros de secundaria católicos, Melbourne, Australia)	Post: 0; Seguimiento 3 meses: 6 (3.1%)		Chicas adolescentes tempranas (Grade 7); población escolar no clínica, intervención selectiva en prevención de insatisfacción corporal
Rivet-Duval et al. (2011)	160	80	80	Intervención: 13.7 años (SD = 0.9); Control: 14.2 años (SD = 1.3); rango 12–16	Mixto (50% ♀ / 50% ♂)	Escolar (2 centros públicos de secundaria de un solo sexo, Mauricio)	0 (100% completan pre, post y seguimiento a 6 meses)		Adolescentes escolarizados de población general; programa universal de prevención de depresión en contexto cultural diverso
Steese et al. (2006)	63	63	0	13 años (rango 10–17)	Femenino (100%)	Chicas adolescentes participantes en programas Girls' Circle; población no clínica, intervención selectiva de apoyo psicosocial	No se reportan		Chicas adolescentes participantes en programas Girls' Circle; población no clínica, intervención selectiva de apoyo psicosocial
Warner & Budd (2018)	55	27	28	Intervención: 17.37 años (SD = 0.49); Control: 17.18 años (SD = 0.39)	Mixto (Intervención: 50% ♂; Control: 56% ♂)	Escolar (Sixth Form, centro de secundaria, Londres, Reino Unido)	1 abandono en intervención (datos incompletos)		Estudiantes de Bachillerato/Sixth Form; población general no clínica en periodo de alta exigencia académica

Tabla 3

Variables de la Intervención

Autor (año)	Enfoque teórico	Formato	Nº sesiones	Duración sesión	Duración total	Aplicador	Contexto	Componentes principales	Manualizado
Amin et al. (2020)	Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) culturalmente adaptada	Guiado, individual (self-help con apoyo)	8	No especificada (≈45–60 min estimados)	8 semanas	Psicóloga con formación de máster, supervisada por experto en TCC	Escolar (aula; centros privados)	Psicoeducación sobre ansiedad social; activación conductual; reestructuración cognitiva; identificación de distorsiones cognitivas; exposición gradual; resolución de problemas; relajación (respiración y PMR); tareas para casa	Sí (manual “Khushi aur Khatoon”)
Barrett et al. (1999)	Terapia Cognitivo-Conductual / Entrenamiento cognitivo-social	Grupal	4	90 min	4 semanas	Estudiantes de posgrado en Psicología y 1 psicólogo clínico (entrenados y supervisados)	Escolar (instituto de secundaria)	Psicoeducación sobre autoestima; identificación y modificación de pensamientos negativos; auto-diálogo positivo; comunicación; resolución de problemas; modelado; role-playing; retroalimentación grupal; tareas para casa	Sí (manual y materiales de intervención)
Berg et al. (2022)	Terapia Cognitivo-Conductual transdiagnóstica integrada (modelo de Fennell + SDT + autocompasión)	Online, individual, guiado (ICBT)	7 módulos (1 por semana)	No especificada (feedback terapéutico ≈16 min/semana)	7 semanas	Estudiantes de máster en Psicología, supervisados por psicólogos clínicos	Online / comunitario (plataforma digital)	Psicoeducación sobre baja autoestima; identificación y cuestionamiento de pensamientos y reglas disfuncionales; reestructuración cognitiva; experimentos conductuales; autoestima basada en competencia, relaciones y autonomía (SDT); autocompasión; autoaceptación; regulación emocional; prevención de recaídas	Sí (programa ICBT estructurado por módulos)
Ruiz-Aranda et al. (2012)	Inteligencia Emocional basada en el modelo de habilidades de Mayer y Salovey	Grupal	10 sesiones	60 min	10 semanas (a lo largo de 2 cursos académicos)	Formadores entrenados (11 docentes/facilitadores con 40 h de formación previa por el equipo investigador)	Escolar (currículo ordinario de Educación Secundaria)	Percepción y expresión emocional; facilitación emocional del pensamiento; comprensión y análisis de emociones; regulación emocional; actividades prácticas y dinámicas grupales	Sí (programa INTEMO estructurado)
Egbochuku et al. (2006, 2009)	Counselling grupal entre iguales / enfoque psicoeducativo centrado en el autoconcepto	Grupal, entre iguales (peer group counselling)	10 sesiones + retiro de fin de semana	60 min (sesiones semanales)	≈10 semanas (+ retiro intensivo)	Estudiantes entrenados como peer counsellors, supervisados por orientadores escolares y docentes	Escolar (educación secundaria, Nigeria)	Entrenamiento en liderazgo; habilidades sociales; autoexploración y autoconcepto; identificación y modificación de pensamientos auto-derrotistas; comunicación; apoyo entre iguales; roles rotatorios de facilitación; discusión grupal guiada	Sí (manuales preparados por los investigadores)

O’Dea & Abraham (2000)	Psicoeducativo centrado en la autoestima; aprendizaje cooperativo e interactivo (base sociocognitiva)	Grupal	9 sesiones	50–80 min	9 semanas (+ actividades en casa; seguimiento a 12 meses)	Profesorado habitual del centro, previamente informado y coordinado con el equipo investigador	Escolar (clases de desarrollo personal y salud)	Desarrollo de la autoestima global; manejo del estrés; aceptación corporal; identificación de cualidades personales; cuestionamiento de estereotipos sociales y de género; habilidades de comunicación y relación; búsqueda de feedback positivo de figuras significativas; aprendizaje cooperativo (juegos, role-play, trabajo en grupo)	Sí (programa “Everybody’s Different”, O’Dea, 1995)
LeCroy (2004)	Enfoque de empoderamiento y prevención basada en tareas del desarrollo (prevención psicossocial)	Grupal	12 sesiones	No especificada (≈60 min estimados)	12 semanas	Dos facilitadoras por grupo (estudiantes de posgrado en Trabajo Social o Psicología), supervisadas	Escolar / comunitario (middle school)	Identidad de género; desarrollo de una autoimagen positiva; aceptación corporal; autoestima; independencia y asertividad; habilidades sociales y amistad; búsqueda de apoyo y uso de recursos; planificación del futuro; discusión guiada y actividades experienciales	Sí (currículo estructurado Go Grrrls Program)
Marino et al. (2020)	Mentoring juvenil basado en Psicología del Self y desarrollo positivo adolescente	Individual (mentoring uno a uno)	≈28–30 encuentros (1 por semana)	≈120 min	7 meses	Estudiantes universitarios mentores (voluntarios o en prácticas), entrenados y supervisados por personal experto	Escolar y comunitario (modelo mixto escuela–comunidad)	Relación mentor–mentee empática y estable; apoyo emocional; refuerzo positivo; modelado adulto; actividades académicas y de ocio; exploración de recursos comunitarios; desarrollo de competencias personales; apoyo a la integración escolar y social	Sí (programa estructurado Mentor-UP con formación, guías, diarios y supervisión)
Mohammadzadeh et al. (2019)	Educación en Habilidades para la Vida (Life Skills Education) basada en el modelo OMS y la teoría estrés–afrentamiento (Lazarus)	Grupal	12 sesiones (20 actividades)	120–150 min (2–2.5 h, 2 veces/semana)	≈6 semanas	Formadores locales entrenados (training of trainers), supervisados por el equipo investigador	Institucional (orfanatos)	Autoconocimiento; pensamiento crítico y creativo; comunicación; habilidades sociales; toma de decisiones; resolución de problemas; regulación emocional; afrontamiento del estrés; empatía; trabajo cooperativo (role-play, dramatización, juegos, discusión grupal)	Sí (módulo educativo estructurado con guía OMS/UNICEF)
Pannebakker et al. (2019)	Aprendizaje Socioemocional (SEL) con base cognitivo–conductual (RET + Teoría del Aprendizaje Social)	Grupal (clase completa)	26 sesiones (17 año 1 + 9 año 2)	60 min	2 cursos académicos (≈20 meses)	Profesorado del centro, tras formación específica de 3 días + sesiones de refuerzo	Escolar (educación secundaria, Países Bajos)	Conciencia emocional; identificación y cambio de pensamientos irracionales; autorregulación emocional; habilidades sociales; resolución de conflictos; toma de decisiones; afrontamiento del estrés; prevención de conductas de riesgo (bullying, agresión, sustancias, sexualidad); compromisos conductuales semanales	Sí (currículo Skills for Life con manual docente y cuaderno del alumno)

Richardson & Paxton (2010)	Prevención de imagen corporal basada en teoría etiológica y factores de riesgo (enfoque sociocognitivo y disonancia)	Grupal, interactivo	3 sesiones	50 min	3 semanas	Investigadora principal (psicóloga formada en imagen corporal)	Escolar (clases de salud, secundaria)	Alfabetización mediática (manipulación de imágenes); cuestionamiento del ideal de delgadez; reducción de la internalización del ideal; identificación y reducción de la comparación corporal; análisis y reducción del <i>fat talk</i> y burlas sobre apariencia; desarrollo de estrategias alternativas; énfasis en cualidades no relacionadas con la apariencia; discusión grupal, role-play y actividades experienciales	Sí (programa manualizado Happy Being Me)
Rivet-Duval et al. (2011)	Terapia Cognitivo-Conductual + Terapia Interpersonal (modelo de resiliencia y prevención universal)	Grupal	11 sesiones	60 min	11 semanas	Profesorado del centro, entrenado específicamente como facilitador RAP	Escolar (educación secundaria pública)	Psicoeducación sobre emociones y depresión; desarrollo de la autoestima; autorregulación emocional; identificación y modificación del autodiálogo negativo; pensamiento flexible y “thinking resourcefully”; resolución de problemas; habilidades interpersonales; identificación y uso de redes de apoyo; estrategias de afrontamiento; cohesión grupal	Sí (programa RAP-A – Resourceful Adolescent Program)
Steese et al. (2006)	Teoría Relacional-Cultural y enfoque de resiliencia con perspectiva de género	Grupal (Girls’ Circle)	10 sesiones	90–120 min	10 semanas	Facilitadores adultos formados (1–2 por grupo), con experiencia en trabajo psicosocial con adolescentes	Comunitario y escolar (programas Girls’ Circle en EE. UU. y Canadá)	Construcción de vínculos y sentido de pertenencia; empatía y escucha activa; apoyo entre iguales; exploración de identidad y cultura; imagen corporal y mensajes socioculturales; autoeficacia; expresión emocional creativa; normas grupales y consejo en círculo	Sí (currículo estructurado Girls’ Circle)
Warner & Budd (2018)	Psicología del coaching; enfoque no directivo y centrado en soluciones (modelo GROW/IGROW)	Grupal diádico (peer-to-peer coaching, uno a uno entre pares)	10 sesiones de coaching + fase previa de entrenamiento	≈20–30 min (tutor time)	≈6 semanas (incluye 2 semanas de entrenamiento previo)	Estudiantes pares (coaches y coachees), entrenados y supervisados por un docente con formación en coaching	Escolar (Sixth Form, tutorías en centro de secundaria)	Entrenamiento en habilidades básicas de coaching; establecimiento de metas; exploración de la situación actual; generación de opciones; planificación de acciones; compromiso conductual (“coaching promise”); escucha activa; preguntas abiertas; autorreflexión guiada mediante hojas IGROW	Sí (uso estructurado del modelo IGROW, hojas de trabajo y protocolo de entrenamiento)

Tabla 4

Variables de Resultado

Autor (año)	Instrumento autoestima	Media pre (INT)	Media post (INT)	Media pre (CTRL)	Media post (CTRL)	Diferencias significativas	Tamaño del efecto	Seguimiento
Amin et al. (2020)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	21.89 (SD = 3.31)	30.55 (SD = 2.28)	20.73 (SD = 3.65)	21.26 (SD = 3.39)	Sí. Diferencia significativa INT vs. CTRL en post (ANCOVA, $p < .001$); mejora significativa pre–post solo en INT	$\eta^2 p = .422$; $d = 3.21$ (muy grande)	No (solo pre–post)
Barrett et al. (1999)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*	26.4 (SD = 5.6)	19.6 (SD = 4.0)	APC: 23.3 (SD = 5.3); WL: 22.5 (SD = 5.2)	APC: 23.4 (SD = 5.0); WL: 23.6 (SD = 3.5)	APC: 23.4 (SD = 5.0); WL: 23.6 (SD = 3.5) si hay diferencias estadísticamente significativas	$\eta^2 = .428$ (efecto grande, multivariado)	No
Berg et al. (2022)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	9.88 (SD = 3.70)	15.40 (SD = 4.88)	9.15 (SD = 4.03)	10.63 (SD = 3.70)	Sí. Interacción grupo \times tiempo significativa (modelo de crecimiento latente, $p = .003$); INT > CTRL en post	$d = 1.18$ (IC 95%: 0.44–1.92), efecto grande	No (solo pre–post)
Ruiz-Aranda et al. (2012)	BASC – Subescala Self-Esteem	6.23 (SD = 1.97)	6.83 (SD = 1.52)	5.75 (SD = 2.39)	5.65 (SD = 2.53)	Sí. Diferencia significativa INT vs. CTRL en post (ANCOVA, $p = .002$), controlando edad, sexo y puntuación pre	$\eta^2 p = .06$ (efecto moderado)	No (solo pre–post)
Egbochuku et al. (2006, 2009)	Adolescent Self-Concept Scale (ASCS, adaptada de APDI)	NR	164.71 (SD = 13.45)	NR	132.82 (SD = 24.86)	Sí. Diferencia significativa INT vs. CTRL en post-test ($t(66) = 6.58$, $p < .05$); interacción significativa tratamiento \times tipo de escuela (ANOVA, $p < .01$)	NR (no reportado)	No
O’Dea & Abraham (2000)	Self-Perception Profile for Adolescents (Harter) – subescalas + Importance Ratings	NR	NR	NR	NR	Sí. Cambios significativos en aspectos del autoconcepto: \downarrow importancia de apariencia física, aceptación social y competencia atlética en INT vs. \uparrow en CTRL (ANCOVA, $p < .05$); mejoras en percepción de apariencia (especialmente en chicas)	NR (no reportado)	Sí, 12 meses (efectos mantenidos en varias dimensiones)
LeCroy (2004)	Peer Self-Esteem Scale (Hare, 1985)	24.88 (SD = 6.1)	29.64 (SD = 8.5)	29.09 (SD = 4.2)	30.10 (SD = 5.7)	Sí. Interacción grupo \times tiempo significativa a favor de INT (ANCOVA, $F(1,53)=4.74$, $p < .01$)	$\eta^2 = .08$ (efecto moderado)	No
Marino et al. (2020)	Self-Esteem Questionnaire (SEQ; DuBois et al.) – subescala de autoestima global	2.85 (SD = 0.57)	2.97 (SD = 0.43)	3.08 (SD = 0.57)	3.01 (SD = 0.62)	Sí. Interacción tiempo \times grupo significativa (modelo lineal mixto, $p = .01$); \uparrow autoestima en INT y \downarrow en CTRL	$d = 0.46$ (efecto moderado); CL = .62	No (solo pre–post)

Mohammadzadeh et al. (2019)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES, versión malaya; rango 10–50)	26.49 (SD = 5.95)	31.97 (SD = 6.04)	26.22 (SD = 5.99)	26.73 (SD = 5.98)	Sí. Diferencia significativa INT vs. CTRL en post-test (Bonferroni, $\Delta = 5.24$, $p < .001$); interacción grupo \times tiempo significativa (ANOVA mixta, $p < .001$)	$\eta^2 p = .17$ (efecto grande, entre grupos); $\eta^2 p = .20$ (pre–post INT)	Sí, 4 meses: INT = 30.98 (SD = 7.10); CTRL = 26.59 (SD = 5.53). Diferencia INT vs. CTRL significativa ($p < .001$); sin diferencias post–seguimiento en INT
Pannebakker et al. (2019)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; versión neerlandesa, rango 0–10)	7.20	7.26 (T1) / 7.46 (T2)	7.24	7.31 (T1) / 7.23 (T2)	No. No se encontraron diferencias significativas INT vs. CTRL ni a 12 meses (T1) ni a 20 meses (T2) en los modelos multinivel	$g = 0.16$ (T2, no significativo; efecto pequeño)	Sí, 12 meses (T1) y 20 meses (T2); sin efectos significativos en autoestima
Richardson & Paxton (2010)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; rango 10–40)	31.14 (SD = 5.58)	33.49 (SD = 5.07)	29.96 (SD = 5.12)	30.72 (SD = 5.04)	Sí. Diferencia significativa INT vs. CTRL en post (ANCOVA, $F = 15.06$, $p < .001$); interacción grupo \times tiempo significativa	$\eta^2 p = .073$ (efecto moderado)	Sí, 3 meses: INT = 34.30 (SD = 5.26); CTRL = 31.36 (SD = 5.65); diferencia significativa ($F = 13.74$, $p < .001$)
Rivet-Duval et al. (2011)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*	21.29 (SD = 3.88)	18.38 (SD = 3.97)	21.85 (SD = 4.79)	21.46 (SD = 5.21)	Sí. Diferencia significativa INT vs. CTRL en post (ANCOVA, $F(1,157)=25.0$, $p < .001$) y en seguimiento ($F(1,157)=8.33$, $p < .01$)	$d = 0.67$ (post, efecto moderado–grande); $d = 0.46$ (seguimiento, efecto moderado)	Sí, 6 meses: INT = 18.64 (SD = 4.54); CTRL = 20.80 (SD = 4.92); diferencia significativa
Steese et al. (2006)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	22.94 (SD = 2.58)	23.16 (SD = 3.08)	—	—	No. No se observaron diferencias significativas pre–post en autoestima ($t(53) = -0.57$, $p > .05$)	NR (no reportado)	No
Warner & Budd (2018)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	♂ 25.33 (SD = 1.59); ♀ 26.25 (SD = 1.48)	♂ 33.27 (SD = 3.95); ♀ 28.17 (SD = 6.28)	♂ 25.93 (SD = 2.30); ♀ 25.07 (SD = 1.86)	♂ 31.64 (SD = 3.65); ♀ 26.14 (SD = 3.70)	No. No hubo efecto principal de la intervención en autoestima (ANCOVA, $p = .168$). Sí hubo efecto principal del sexo: los chicos mostraron mayor aumento independientemente del grupo	$\eta^2 = .291$ (efecto grande del sexo, no atribuible a la intervención)	No

Discusión

Los resultados de la presente revisión sistemática muestran una tendencia general favorable hacia la eficacia de las intervenciones dirigidas a la mejora de la autoestima en población adolescente, entre los 12 a los 18 años. En conjunto, la mayoría de los estudios incluidos evidenciaron mejoras significativas en los niveles de autoestima tras la intervención, aunque los resultados no fueron homogéneos entre investigaciones. Algunos estudios no encontraron efectos estadísticamente significativos, lo que sugiere que el impacto de estas intervenciones puede depender de diversos factores metodológicos y estructurales relacionados con el diseño de los programas, las características de la muestra y la evaluación de la autoestima.

En primer lugar, la variabilidad observada en los resultados descritos puede explicarse en gran medida por la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. Tal y como se muestra en la descripción cualitativa de los resultados, existe una notable diversidad en relación con los diseños empleados, incluyendo tanto ensayos controlados aleatorizados como estudios cuasiexperimentales. Asimismo se reflejan diferencias en los procedimientos de asignación a los grupos y en el tipo de grupo control utilizado. Estas diferencias metodológicas pueden afectar a la validez interna de los estudios, además de aumentar el riesgo de sesgo, especialmente en aquellos estudios donde no se evidencia una asignación aleatoria estricta. Esto puede incrementar la probabilidad de sesgo de selección y dificultar la equivalencia inicial entre grupos. Del mismo modo, la prevalencia de grupos control pasivos en varios de los estudios podría haber favorecido la sobreestimación del efecto de las intervenciones, en comparación con aquellos que utilizan controles activos (Cuijpers et al., 2010). Esto podría deberse a que este tipo de comparación no permite aislar con rigurosidad los efectos específicos de la intervención frente a otros inespecíficos, como la atención recibida, el apoyo recibido durante el programa, la evolución natural del problema o las expectativas de mejora. Dichos factores pueden influir en los resultados, especialmente en población adolescente (Mohr et al., 2009).

La diversidad de instrumentos de evaluación de la autoestima constituye otro factor relevante a considerar. Aunque la escala de Rosenberg fue la más empleada, otros estudios utilizaron medidas alternativas o subescalas de autoconcepto, lo que introduce diferencias en la operacionalización del constructo y dificulta la comparación directa entre resultados. En este sentido, mientras que algunos estudios evaluaron la autoestima global, otros midieron

dimensiones específicas o dominios concretos del autoconcepto, como la autoestima social, la imagen corporal o la percepción de competencia. Este aspecto resulta especialmente relevante al tenerse en cuenta el carácter multidimensional de la autoestima. Tal y como plantean autores como Harter (1999), dicho carácter multidimensional podría explicar la presencia de efectos en dimensiones específicas de la autoestima y no en la autoestima global.

En relación con las características de las intervenciones, los resultados no permiten evidenciar una clara superioridad de un enfoque terapéutico sobre el resto. No obstante, dentro de la heterogeneidad observada, los programas basados en principios cognitivo-conductuales fueron los que mostraron resultados más consistentes entre estudios. En esta línea, Waite et al. (2012) señalan que dichas intervenciones pueden producir mejoras significativas en la autoestima en comparación con grupos control pasivos. Este hallazgo es coherente con el modelo cognitivo de baja autoestima propuesto por Fennell (1997), modelo que enfatiza el papel de las creencias disfuncionales y su modificación como mecanismo clave de cambio. No obstante, otras intervenciones basadas en inteligencia emocional, mentoring o habilidades para la vida mostraron de igual modo efectos positivos, lo que sugiere que la mejora de la autoestima adolescente puede abordarse eficazmente desde perspectivas teóricas diversas y no exclusivamente desde enfoques cognitivo-conductuales (Ruiz-Aranda et al., 2012; Marino et al., 2020; Mohammadzadeh et al., 2019).

Por otro lado, los resultados ponen de manifiesto la posible influencia de variables moderadoras en cuanto a la eficacia de las intervenciones analizadas (Durlak & DuPre, 2008). En este sentido, los estudios incluidos en la revisión sugieren que factores como el sexo, el contexto de aplicación o las características de la muestra pueden influir en los resultados obtenidos tras las intervenciones. La inclusión de muestras exclusivamente femeninas en varios estudios (LeCroy, 2004; Richardson & Paxton., 2010; Steese et al., 2006) limita la generalización de los resultados y sugiere que la eficacia podría variar según las características y necesidades específicas de cada grupo adolescente. Del mismo modo, la predominancia de contextos escolares dificulta extrapolar los hallazgos a otros contextos relevantes como el clínico o comunitario. Estos aspectos indican que la efectividad de las intervenciones podría no ser uniforme entre diferentes perfiles de adolescentes, por lo que resulta relevante considerar el papel de posibles variables moderadoras en futuras investigaciones.

En relación con los patrones de cambio observados, los resultados permiten la identificación de diferentes tipos de respuesta tras la intervención. Algunos estudios reflejan

mejoras significativas en el grupo intervención con estabilidad en el grupo control, mientras que otros reflejan incrementos en ambos grupos o cambios más moderados. La mejora simultánea en ambos grupos no invalida necesariamente la eficacia de la intervención, pero sí dificulta la atribución causal de los cambios observados, pudiendo deberse tanto al efecto específico del programa como a otros factores externos no controlados. En este caso, dicho patrón podría interpretarse como una posible amenaza a la validez interna de los estudios. Entre estos factores se encontraría el efecto de maduración propio de la adolescencia, así como la influencia del entorno educativo, dado que la autoestima tiende a presentar cambios a lo largo del desarrollo evolutivo y puede verse afectada por variables externas (Orth & Robins, 2014). Esto refuerza la importancia de emplear diseños con una metodología rigurosa, como seguimientos longitudinales, controles activos, aleatorización o análisis multinivel.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta es la escasa presencia de medidas de seguimiento a largo plazo. Tal y como se muestra en los resultados, solo una minoría de estudios evaluó la estabilidad de los efectos tras finalizar la intervención, mostrando resultados inconsistentes entre sí. Mientras que algunos programas evidenciaron un mantenimiento longitudinal clínicamente relevante de las mejoras observadas en autoestima respecto al grupo control, otros no mantuvieron dichas diferencias significativas en los seguimientos posteriores. La inclusión de medidas a largo plazo resulta fundamental para evaluar la evolución de la autoestima, dado que esta variable presenta cambios a lo largo del tiempo. Entre estos cambios podría encontrarse el efecto de maduración propio de la adolescencia, pudiendo influir en resultados posteriores, lo que únicamente puede ser observado mediante diseños longitudinales (Orth et al., 2009). Esta limitación dificulta determinar si las intervenciones favorecen una consolidación estable del cambio en la autoestima, o si por el contrario los efectos observados son transitorios.

En relación con las implicaciones prácticas, los resultados de esta revisión sugieren que las intervenciones dirigidas a la mejora de la autoestima en adolescentes pueden constituir una herramienta útil para la promoción del bienestar psicológico, la prevención de dificultades emocionales, la detección temprana de las necesidades y el fortalecimiento de factores protectores durante una etapa especialmente sensible del desarrollo como es la adolescencia. En este sentido el contexto escolar adquiere una relevancia particular, ya que permite acceder a población adolescente, facilita la intervención temprana y favorece el trabajo con el grupo de iguales. Tal y como se evidencia en diversos programas implementados en el ámbito escolar, la autoestima, como variable principal de esta revisión, puede verse favorecida por

intervenciones que a su vez también trabajen sobre otros indicadores de ajuste emocional y psicosocial (Durlak et al., 2011). No obstante, la variabilidad observada en la eficacia de los programas evidencia la necesidad de diseñar protocolos más estandarizados y basados en evidencia, que incluyan manuales de aplicación, formación específica de aplicadores, evaluación homogénea de resultados y medidas de seguimiento longitudinal.

Teniendo en cuenta futuras investigaciones, resulta necesario el avance hacia estudios con mayor rigor metodológico, incluyendo estudios experimentales con asignación aleatoria, grupos control activos y medidas de seguimiento a largo plazo. Por otro lado, sería relevante profundizar en el análisis de mecanismos de cambio e identificación de variables moderadoras que expliquen la diferencia en cuanto a la eficacia de las intervenciones. Del mismo modo, futuras líneas de revisión podrían centrarse en la comparación entre enfoques teóricos o análisis de componentes específicos de programas.

Cabe destacar que los resultados obtenidos en esta revisión junto con sus conclusiones se enmarcarán en un proyecto más amplio. El objetivo de dicho proyecto consiste en el desarrollo y formalización de un protocolo basado en la mejor evidencia disponible sobre cómo mejorar la autoestima en población adolescente, de entre 12 y 18 años de edad.

En cuanto a limitaciones, varias deben tenerse en consideración. En primer lugar, la exclusión de literatura gris puede haber limitado la inclusión de estudios de relevancia para la revisión. Además, la heterogeneidad presente entre estudios incluidos dificulta la síntesis cuantitativa de los resultados, limitando la generalización de las conclusiones extraídas. Por último, la ausencia de datos en algunos estudios impediría la inclusión de todos ellos en un metaanálisis, afectando a la estimación del tamaño del efecto global.

La evidencia disponible sugiere que las intervenciones dirigidas a la mejora de la autoestima en población adolescente pueden ser eficaces, aun mostrando resultados inconsistentes y dependientes de múltiples factores metodológicos, contextuales y teóricos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar con la investigación en este campo, con el fin de poder desarrollar programas eficaces y basados en la mejor evidencia disponible.

Conclusión

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo principal el análisis de la eficacia de los programas e intervenciones dirigidos a la mejora de la autoestima en población adolescente, concretamente en edades comprendidas entre los 12 y 18 años. En términos generales, los resultados evidencian que este tipo de intervenciones pueden producir efectos positivos sobre la variable autoestima, teniendo en cuenta que dichos efectos no se muestran de forma homogénea entre los estudios analizados en el trabajo. Esta variabilidad pone de manifiesto la complejidad del constructo y la influencia de múltiples factores metodológicos, contextuales y teóricos en los resultados obtenidos.

En relación con los enfoques de intervención, destacan los programas basados en la terapia cognitivo-conductual mostrando resultados consistentes en diversos estudios y en línea con modelos teóricos que enfatizan la modificación de creencias disfuncionales como mecanismos de cambio claves. No obstante, otros enfoques como los programas de educación emocional, mentoring o aquellos basados en habilidades para la vida, también evidencian efectos positivos, lo que sugiere la existencia de múltiples vías eficaces para la mejora de la autoestima en población adolescente.

Por otro lado, la heterogeneidad metodológica identificada entre estudios, junto con el predominio de grupos control pasivos y escasa presencia de medidas de seguimiento a largo plazo, limita la solidez de las conclusiones extraídas. Estos factores dificultan el poder determinar con exactitud la magnitud real de los efectos y su estabilidad en el tiempo. De igual modo interfieren en la diferenciación entre cambios atribuibles a la intervención y aquellos derivados de factores externos o evolutivos propios de la adolescencia.

A nivel práctico, los hallazgos de esta revisión sugieren que las intervenciones dirigidas a la mejora de la autoestima pueden constituir una herramienta útil para la promoción del bienestar psicológico en población adolescente, especialmente en contextos educativos y preventivos. Los numerosos programas implementados en el ámbito escolar refuerzan el papel de este contexto como espacio idóneo y recomendado para el desarrollo de este tipo de intervenciones.

No obstante, la variabilidad en la eficacia de los programas pone en evidencia la necesidad del desarrollo de intervenciones más estandarizadas, basadas en la evidencia y con una adecuada fundamentación teórica y metodológica. Futuras investigaciones deberían orientarse hacia el diseño de estudios con mayor rigor metodológico, incorporando asignación

aleatoria, grupos control activos y evaluaciones longitudinales que permitan analizar la estabilidad de los efectos a largo plazo.

Finalmente, aunque la evidencia disponible apoya el potencial y beneficio de las intervenciones para la mejora de la autoestima en población adolescente, resulta necesario seguir avanzando en la investigación con el fin de optimizar su eficacia y facilitar su aplicación en la práctica clínica y educativa.

Referencias

- Álvarez, A., Alonso, M., & Guidorizzi, A. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 634–640. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700021>
- Amin, R., Iqbal, A., Naeem, F., & Irfan, M. (2020). Effectiveness of a culturally adapted cognitive behavioural therapy-based guided self-help (CACBT-GSH) intervention to reduce social anxiety and enhance self-esteem in adolescents: A randomized controlled trial from Pakistan. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(5), 503–514. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000284>
- Barrett, P. M., Webster, H. M., & Wallis, J. R. (1999). Adolescent self-esteem and cognitive skills training: A school-based intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 8(2), 217–227.
- Berg, M., Lindegaard, T., Flygare, A., Sjöbrink, J., Hagvall, L., Palmebäck, S., Klemetz, H., Ludvigsson, M., & Andersson, G. (2022). Internet-based CBT for adolescents with low self-esteem: A pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(5), 388–407. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2060856>
- Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem*. Bantam Books.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(2), 211–223. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006114>
- Díaz, D., Fuentes, I., & Senra, N. de la C. (2018). Adolescencia y autoestima: Su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*, 14(64), 98–103.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Egbochuku, E. O., & Obiunu, J. J. (2006). The effect of reciprocal peer counselling in the enhancement of self-concept among adolescents. *Educational Research Quarterly*, 30(2), 3–12.
- Egbochuku, E. O., & Aihie, N. O. (2009). Peer group counselling and school influence on adolescents' self-concept. *Journal of Instructional Psychology*, 36(1), 3–11.
- Fennell, M. J. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 1-26.
- Fennell, M. J. (2001). *Overcoming low self-esteem: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. Robinson.
- Giraldo, K. P., & Holguín, M. J. A. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psiconex*, 9(14), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psiconex/article/view/328507>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Hernández, M., Belmonte, L., & Martínez, M. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. *ReiDoCrea: Revista Electrónica de Investigación y Docencia Creativa*, 7, 269–278. <https://doi.org/10.30827/digibug.54133>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2022). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (versión 6.3). Cochrane. <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current>
- LeCroy, C. W. (2004). Evaluation of an empowerment program for early adolescent girls. *Adolescence*, 39(153), 427–441.
- León García, D. C. (2024). La autoestima en los adolescentes de centros educativos: revisión teórica. *Aula Virtual*, 5(12).

- Marino, C., Santinello, M., Lenzi, M., Santoro, P., Bergamin, M., Gaboardi, M., Calcagnì, A., Altoè, G., & Perkins, D. D. (2020). Can mentoring promote self-esteem and school connectedness? An evaluation of the Mentor-UP project. *Psychosocial Intervention*, 29(1), 1–8. <https://doi.org/10.5093/pi2019a13>
- Mohammadzadeh, M., Awang, H., Ismail, S., & Kadir Shahar, H. (2019). Improving emotional health and self-esteem of Malaysian adolescents living in orphanages through life skills education program: A multi-centre randomized control trial. *PLOS ONE*, 14(12), e0226333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226333>
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Areán, P. A., Hollon, S. D., Ockene, J. K., & Kaplan, R. M. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284. <https://doi.org/10.1159/000228248>
- O’Dea, J. A., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 43–57. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-D)
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472–478. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0015922>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & Shamseer, L. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pannebakker, F. D., van Genugten, L., Diekstra, R. F. W., Gravesteyn, C., Fekkes, M., Kuiper, R., & Kocken, P. L. (2019). A social gradient in the effects of the Skills for Life program on self-efficacy and mental wellbeing of adolescent students. *Journal of School Health*, 89(7), 587–595. <https://doi.org/10.1111/josh.12779>

- Pérez Villalobos, H. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas en Psicología, 41*, 22–32.
- Richardson, S. M., & Paxton, S. J. (2010). An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 43*(2), 112–122. <https://doi.org/10.1002/eat.20682>
- Rivet-Duval, E., Heriot, S., & Hunt, C. (2011). Preventing adolescent depression in Mauritius: A universal school-based program. *Child and Adolescent Mental Health, 16*(2), 86–91. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00584.x>
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, pp. 184–256). McGraw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., Cabello, R., Palomera, R., & Fernández-Berrocal, P. (2012). Can an emotional intelligence program improve adolescents' psychosocial adjustment? Results from the INTEMO project. *Social Behavior and Personality, 40*(8), 1373–1380. <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.8.1373>
- Segura-Arévalo, M. L., Urdiales, M. E., & Méndez-Hinojosa, L. M. (2022). Mejora de la Autoestima y Autoconcepto en Adolescentes. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM, 32*(2), 33-58.
- Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G., & Taormina, G. (2006). Understanding Girls' Circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence, 41*(161), 55–74.
- Tovar, N. (2010). *Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo Independencia*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of*

Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43(4), 1049–1057.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006>

Warner, N., & Budd, M.-J. (2018).
The impact of peer-to-peer coaching on self-esteem, test anxiety and perceived stress
in adolescents. *The Coaching Psychologist*, 14(2), 69–78.

Anexos

Anexo A

Tabla A1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Bases de datos	Términos*	Ecuación de búsqueda	Resultados
PsycInfo	#1 DE “Self-Perception” OR DE “Self-Esteem” #2 DE “Adolescence” OR adolescent* OR teen* OR youth OR “young people” #3 DE “Educational Programs” OR DE “Program Development” OR protocol* OR programme*	#1 AND #2 AND #3	116
PubMed	#1 “Self Concept”[MeSH] OR “self-esteem” OR “self-concept” #2 “Adolescent”[MeSH] OR adolescent* OR “young people” #3 “Clinical Protocols”[MeSH] OR “intervention protocol” OR “treatment protocol”	#1 AND #2 AND #3	71
Psychology and Behavioral Sciences Collection	#1 DE “Self-Perception” OR DE “Self-Esteem” #2 DE “Adolescence” OR adolescent* #3 DE “Educational Programs” OR DE “Program Development” OR protocol* OR intervention*	#1 AND #2 AND #3	365

Notas. DE = descriptor de lenguaje documental; MeSH = descriptor de lenguaje documental.

Anexo B

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: PROTOCOLO DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES. REVISIÓN DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

Autora: MACARENA GONZÁLEZ PÉREZ-MIYARES

DNI/Alumna: 29565353A

Nombre de la Directora de TFM: MARÍA CORTÉS RODRÍGUEZ

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador de TFM: PABLO FERNÁNDEZ CÁNCER

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases:

- ✓ Búsqueda y localización de bibliografía: Chat GPT (Open AI) se empleó como apoyo para el proceso de búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas. Mediante la facilitación de palabras clave a introducir en las ecuaciones de búsqueda y terminología equivalente asociada a las distintas bases de datos. También se empleó para la recuperación a texto completo de las citas identificadas por las bases de datos y revisiones previas existentes sobre el tema, permitiendo la contextualización inicial de la temática a abordar.
- ✓ Resumen/ayuda para comprensión de textos: Chat GPT (Open AI) se empleó para la comprensión de terminología asociada a la temática de la revisión, junto con la explicación en profundidad de terminología metodológica relevante para el trabajo.
- ✓ Organización/estructura del trabajo: Chat GPT (Open AI) se utilizó exclusivamente como herramienta auxiliar de apoyo en la fase inicial de organización del trabajo, especialmente para orientar la estructura del apartado de introducción y valorar posibles formas de ordenar la presentación de los temas.
- ✓ Revisión ortográfica/estilo: Chat GPT (Open AI) se empleó como fuente de revisión ortográfica.
- ✓ Generación de texto (fragmentos): el uso de Chat GPT (Open AI) se limitó a solicitar posibles formulaciones iniciales de ideas que sirvieron como apoyo para reflexionar sobre cómo desarrollar determinados apartados.

Otros (Recopilación de datos): Chat GPT (Open AI) se utilizó de manera auxiliar para apoyar la extracción inicial de algunos datos posteriormente incluidos en las tablas metodológicas. Esta extracción tuvo únicamente un carácter preliminar y orientativo, sirviendo como apoyo para la organización inicial de la información, sin sustituir la revisión directa de las fuentes originales.

Para la comprobación y garantía de veracidad de la información proporcionada por la inteligencia artificial, la información obtenida mediante Chat GPT (Open AI), fue utilizada exclusivamente como apoyo auxiliar y preliminar. Toda idea sugerida por la herramienta fue revisada, contrastada y verificada por la autora mediante la consulta de fuentes originales, bases de datos científicas, artículos académicos y bibliografía. Su uso se limitó a facilitar la organización inicial de ideas, la identificación de posibles palabras clave, la comprensión de terminología, la revisión ortográfica, la estructuración de apartados y la extracción inicial de algunos datos. En todos los casos, la selección definitiva de información, interpretación de resultados y redacción fueron realizadas por la autora, con supervisión guiada de la tutora. Por tanto, la inteligencia artificial actuó únicamente como herramienta complementaria de apoyo.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: _____

Fecha: 15/05/2026