

Ansiedad y depresión en adolescentes que han experimentado experiencias tempranas adversas y cuyos padres presentan un estilo parental negligente.

Nombre: Javiera Orellana Moya
Supervisora: Carolina Fase

Santiago, 17 de Noviembre de 2025

I. Problema de intervención

1.1 Demanda inicial.

La demanda surge por medio de la madrina de K., quien refiere estar en búsqueda de un psicólogo debido a las dificultades emocionales de su sobrina. Señala que K. fue derivada al programa de salud mental del CESFAM de su comuna, sin embargo, deserta del proceso terapéutico argumentando que *“no fue de ayuda”*. Asimismo, comenta que la madre de K. se encuentra muy preocupada y que ya no sabe cómo apoyarla.

A la primera sesión asiste K. y su madre. Esta última relata que las dificultades comenzaron cuando K. decidió no continuar con sus estudios, manifestando un evidente malestar a medida que avanzaba en su relato. Mientras tanto, K. mantuvo una actitud indiferente, con la mirada perdida en distintos puntos de la consulta, manifestando por medio de su lenguaje no verbal no estar atenta a la conversación. Ante esta actitud, la madre adopta un tono más desafiante, señalando: *“ella se comporta siempre así... nada le importa... todo le da lo mismo, pareciera que no le interesa nada, menos lo que uno hace por ella”*. Al consultar a K. por el motivo de consulta, ella mira a su madre y comenta *“yo voy a decir la verdad, así que no te enojés”*, acompañando sus palabras con gestos de sus manos que simulaban un intento de neutralizar la situación. Esto generó una breve diferencia de opiniones entre ambas, lo que hizo necesario recordar la importancia de mantener la calma y el respeto, enfatizando además que era el momento de K. para exponer sus propias dificultades. Seguidamente, K. refiere haber enfrentado problemas que se agudizaron al iniciar sus estudios superiores, señalando que las carreras a las que postuló no eran de su interés y que se sintió forzada en su elección. También relata haber vivido situaciones muy difíciles durante su infancia, de las cuales su madre no tendría conocimiento. Agrega que en el último tiempo ha experimentado una serie de síntomas que han impactado negativamente en su vida como alteraciones en el sueño y el estado de ánimo, dificultades en la ingesta de alimentos y malestar en espacios públicos. En esta línea, señala que es la primera vez, en casi dos años, que utilizó locomoción colectiva para salir de su comuna, ya que suele preferir permanecer sola en su casa.

Cabe mencionar que durante las sucesivas sesiones, K. asiste sin la compañía de su madre, condición que se mantiene hasta la fecha, quien tampoco se ha contactado y no ha manifestado interés en conocer el avance del proceso terapéutico.

La siguiente sesión comienza con la frase *“estuve a punto de bajarme de la micro, pero no la podía desilusionar”*, en referencia al compromiso terapéutico adquirido. En esta oportunidad, la conversación se centra en las dificultades que presenta para manejar sus emociones, ante lo cual K. mantiene una actitud lábil, con escasa capacidad para controlar su angustia, siendo evidente la dificultad para regular la respiración. Ante esto, se refuerza que puede tomar el tiempo que necesite y que el proceso avanzará a su ritmo, a su comodidad.

Durante las siguientes sesiones, el relato se centra en aspectos de su vida familiar. Señala que mantiene una relación tensa con su madre, con quien no logra conversar, ya que todo suele derivar en discusiones. Comienza recordando que desde pequeña ha acompañado a su madre a sus trabajos, quien se ha desempeñado siempre como asesora del hogar; sin embargo, señala que ella suele recriminar que *“no la ayuda en nada”* y que *“no sabe en qué ocupa su tiempo”*. Respecto a su infancia, menciona que vivió en la casa de su abuela materna junto a otros familiares. Allí desarrolló un vínculo cercano con uno de sus

tíos, a quien decidió llamar “*papá*”. Si bien siempre supo que era su tío, pero como convivía con sus hijos, prefirió utilizar ese apelativo. Hasta la fecha, mantiene una relación estrecha con él.

No obstante, con Mónica una de sus primas e hija de este tío-papá, la relación ha sido altamente conflictiva. Refiere que en su niñez fue víctima de maltrato por parte de ella, describiéndola como hiriente, autoritaria y descalificadora. Relata un episodio especialmente confuso, recuerda haber discutido con Mónica, quien la envió a su pieza, y lo siguiente que recuerda es haber despertado ya de noche, cuando su madre regresó del trabajo. Ante esta situación, es ella quien la lleva a un servicio de urgencia, aunque no se constataron lesiones. En cuanto a sus cuidados, señala que una de sus tías, Verónica, era quien se preocupaba de todas sus actividades, ella era quien estaba presente incluso en sus actividades extraprogramáticas, por lo que la considera una figura fundamental en su niñez al igual que su abuela. Estas responsabilidades las habría adquirido debido al trabajo de su mamá, ya que no podía participar de sus actividades por sus horarios, sin embargo, cuando esta llegaba a la casa no se relacionaba con ella, no recuerda tener conversaciones donde ella preguntara sobre su día ni momentos en los cuales hayan jugado juntas o que al menos ella se haya preocupado por algún quehacer de K. Recuerda que su abuela siempre discutía con su mamá, ya que la defendía, porque *“mi mamá solo me retaba o me pegaba por todo, incluso hasta cuando me peinaba me hacía llorar, mi abuelita me defendía, pero después mi mamá me retaba más porque era mi culpa por la que ellas peleaban siempre”*. Cabe señalar que por motivos familiares, K. perdió contacto con su tía Verónica, debido a que la familia *“como que se dividió... como en bandos, pero nadie sabe porque... Y al final mi tía ya no responde ni el teléfono, porque debe pensar que yo también soy parte de lo que pasó”*.

Unos años después, K. y su madre se fueron a vivir a la casa en la cual trabajaba, debido a que era un trabajo puertas adentro. En ese lugar fue donde conoció a A.M., hija de la dueña de casa, quien *“debe haber tenido unos 3 o 4 años en esa época, y a mí me daba mucha pena o rabia verla, porque con ella hacía todo, jugaba, la peinaba, hacía sus tareas”*. Durante ese periodo, asistió a la escuela donde la dueña de casa trabajaba como profesora, con quien tenía una relación distante, incluso recuerda *“que en clases pedí permiso para ir al baño y ella me dijo que no... no pude aguantar y me hice... estuve así todo el día (mojada) hasta cuando llegué a la casa, donde mi mamá me pego y retó por haberme hecho pipí... ni siquiera me preguntó que me había pasado, aunque si contaba la verdad ...no me iba a creer”*. Durante esa época, menciona estar siempre encerrada en la pieza, incluso los fines de semana, cuando la mamá tenía libre viajaban a la casa de la abuela, casa a la que llegaba a encerrarse en alguno de los dormitorios. Refiere que esta dinámica constante de soledad caracterizó su infancia, inclusive menciona *“salía a andar en bicicleta casi todo el día y nadie se daba cuenta”*.

K. refiere que durante su adolescencia experimentó un cambio conductual significativo, pasó de ser una niña con buen comportamiento y rendimiento académico a una adolescente más desafiante y desordenada, condición que también se reflejó en una disminución significativa de sus notas. Sin embargo, recuerda que en ese periodo no tuvo mayores conflictos con su madre, ya que esta no se daba cuenta de lo que ocurría y tampoco mostró preocupación y/o interés en saber si existía alguna dificultad a nivel social y escolar, debido a que no contaba con alguien que asistiera a reuniones o entrevistas escolares, por lo tanto, nadie se informaba de su situación académica.

La pandemia significó un punto de quiebre, debido a que dejó de tener contacto con sus amistades, abandonó el deporte, aislándose de todo contacto, incluso evitando salir de su casa. Tras terminar cuarto medio, se matriculó en la Universidad de Valparaíso, sin embargo, un día antes de iniciar las clases

comunicó a su madre que no se iría a estudiar. Posteriormente, el mismo año, se inscribió en un instituto técnico cercano a su casa, sin asistir a clases. Al año siguiente volvió a matricularse en otro instituto de su comuna, al que asistió por aproximadamente dos meses, para abandonar nuevamente. Estas deserciones generaron conflictos con su madre, quien no logra comprender los motivos de K., considerando que le ha brindado todas las facilidades para estudiar y así acceder a mejores oportunidades de vida.

En los últimos dos años, K. ha experimentado un aumento significativo de sus síntomas, principalmente en el estado de ánimo y la motivación, además de alteraciones en la alimentación y en los hábitos de sueño. Refiere también la presencia de pensamientos autolesivos, aunque de forma intermitente. Durante este tiempo asistió a sesiones con una psicóloga, tras ser derivada al programa de salud mental del CESFAM, señalando no sentirse cómoda, debido a que el profesional solo se limitaba a escuchar sus problemas sin recibir retroalimentación ni herramientas de aprendizaje.

Al ser consultada por el motivo de consulta, K. refiere no tener claridad, aunque reconoce que las sensaciones que experimenta no son normales. No obstante, a medida que avanza el proceso terapéutico, ha podido identificar la necesidad de fortalecer su identidad y diferenciarse de su madre y de su familia. Expresa sentirse “*atascada*” y reconoce que para poder avanzar requiere realizar cambios en su vida.

1.2 Caracterización del objeto de Intervención

La sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes suele manifestarse de manera paulatina, haciéndose evidente para la familia cuando estos cuadros interfieren significativamente en el desarrollo de la vida cotidiana, no obstante, padres y/o cuidadores tienden a cuestionar o minimizar estas dificultades, sin asociar los motivos de dichas conductas con problemas de salud mental. En ocasiones, incluso las relacionan o justifican como actitudes propias de la adolescencia, sin advertir que, en realidad, pueden constituir manifestaciones de una respuesta emocional frente a diversos factores emocionales, familiares y sociales (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008; Vallejo Casarín, Osorno Murguía & Mazadiego Infante, 2008; Riquelme Pereira, Bustos Navarrete & Parada, 2020).

Esta condición puede estar relacionada con la presencia de experiencias tempranas adversas, tales como la falta de apoyo familiar o la vivencia de un estilo de crianza negligente, factores que pueden influir en el desarrollo de sintomatología ansiosa. Dichos síntomas suelen expresarse a través de conductas como preocupación excesiva, miedo irracional ante situaciones cotidianas o una constante sensación de tensión, acompañados con frecuencia de manifestaciones físicas como sudoración en las manos, aumento de la frecuencia cardíaca o temblores. En la misma línea, el trastorno depresivo tiende a manifestarse mediante tristeza persistente, pérdida de interés en actividades previamente gratificantes, baja autoestima, sensación de agotamiento y/o falta de energía (Cova et al., 2007; Vallejo Casarín, Osorno Murguía & Mazadiego Infante, 2008; Cordero-López & Calventus, 2022).

Este conjunto de síntomas afecta tanto el bienestar emocional como la capacidad para relacionarse con el entorno familiar y social. En este sentido, la presión por cumplir con las expectativas del entorno, sumada a la falta de herramientas emocionales para afrontar estas dificultades, puede intensificar los cuadros ansiosos y depresivos, generando un círculo vicioso en el que ambas condiciones se retroalimentan. Este proceso puede llevar a que los adolescentes se sientan atrapados en sus emociones e incapaces de encontrar una salida, lo que incrementa el riesgo de desarrollar pensamientos o conductas suicidas si no reciben el apoyo adecuado (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008; Cordero-López & Calventus, 2022).

En este sentido y desde la perspectiva de la teoría de regulación emocional propuesta por Jaime Silva, se entiende que muchos adolescentes presentan una baja conciencia emocional y escasa capacidad para gestionar eficazmente sus estados internos. Según Silva (2014), la regulación emocional es un proceso que implica la identificación, comprensión y modulación de las emociones, y cuya disfunción puede llevar a malestar persistente y conductas desadaptativas. Cuando los jóvenes no cuentan con recursos personales o contextuales para regular sus emociones de forma saludable, suelen adoptar estrategias evitativas, impulsivas o desreguladas, que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos afectivos.

En base al relato de K. y a la descripción realizada por la madre, es posible identificar que durante su niñez se desencadenaron una serie de acontecimientos que impactaron de forma significativa su desarrollo evolutivo, evidenciando la vivencia de experiencias tempranas adversas, siendo posible identificar un estilo de crianza negligente por parte de la madre, abandono por parte del padre, violencia verbal por familiares directos y abuso por parte de un familiar por alrededor de 10 años.

Estos acontecimientos debilitaron la diada madre-hija, afectando negativamente el proceso de coregulación y, en consecuencia, el desarrollo de habilidades de regulación emocional, estableciendo un debilitado vínculo entre ambas debido a esta baja conexión emocional. Esto condicionó el nulo desarrollo de estrategias y/o recursos para responder de manera adaptativa y saludable a las exigencias del entorno. En el relato no emergen conductas que den cuenta de un contexto de contención emocional, acompañamiento o escucha activa, ni tampoco instancias que permitan evidenciar un vínculo basado en una comunicación efectiva, de confianza o credibilidad. Por el contrario, el acompañamiento materno se ha limitado principalmente al cumplimiento de funciones mínimas de cuidado propias de la crianza, lo que deja en evidencia la ausencia de un rol protector.

En este contexto, la construcción de identidad y el desarrollo de la conducta autónoma de K. han sido procesos solitarios, sustentados principalmente en la interpretación de sus experiencias previas y en la observación del comportamiento de sus familiares, a quienes ha tomado como referente casi de forma exclusiva para establecer su propio proceso de regulación, sin embargo, evitando perpetuar las conductas regulatorias que los caracterizan, buscando diferenciarse del grupo familiar.

Consecuentemente, K. ha validado sus propias interpretaciones y, a partir de ellas, ha construido un patrón conductual que han facilitado el desarrollo de ciertas habilidades que permiten un mínimo ajuste adaptativo, las que han sido utilizadas como estrategia para sobrellevar la carga emocional derivada de los acontecimientos vividos en su infancia. Sin embargo, esta condición ha impactado de manera desfavorable en su capacidad de interacción e integración social, evidenciándose dificultades para establecer vínculos afectivos y de confianza. Esto hace aún más complejo su proceso adaptativo y relacional, ya que tiende a evitar relaciones de mayor dependencia, mostrando cautela respecto con quién comparte opiniones y en quién deposita su confianza.

En concordancia, es posible hipotetizar que, a nivel individual, K. presenta un estado de ánimo deprimido, baja energía, sensación de desesperanza, falta de apetito, insomnio, autoestima deteriorada, irritabilidad, así como dificultades de concentración y para la toma de decisiones. Estos síntomas se han mantenido de manera persistente por un periodo igual o superior a dos años, lo que sugiere la presencia de un trastorno emocional, específicamente un trastorno depresivo persistente (distimia), acompañado de un trastorno de ansiedad generalizada, en concordancia con los criterios descritos en el DSM-5.

Dichas manifestaciones pueden comprenderse como el resultado de un proceso crónicamente alterado de regulación emocional, en el cual K. no ha logrado desarrollar estrategias adaptativas para el manejo de sus emociones, dado que se encuentra inserta en un contexto familiar disfuncional que no ha proporcionado el apoyo necesario para la construcción de recursos regulatorios saludables.

Teniendo en cuenta que el desarrollo de síntomas asociados a cuadros ansiosos y depresivos no responde únicamente a factores individuales, resulta esencial considerar el entorno familiar como un factor determinante en la salud emocional del adolescente. La familia desempeña un papel crucial en el desarrollo psicológico y emocional, especialmente durante la adolescencia, etapa en la que los jóvenes atraviesan múltiples cambios y requieren sentir seguridad, apoyo emocional y orientación (Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 2006; Amador & Fernández, 2019; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997; González & Ramírez, 2020). Este periodo se caracteriza por la búsqueda de independencia y por el inicio de la construcción de la identidad, lo que hace indispensable el acompañamiento familiar para favorecer un desarrollo emocional y psicológico adecuado (Steinberg, 2001; Baumrind, 1991; Darling & Steinberg, 1993; Páez & Rovella, 2019).

Asimismo, los adolescentes experimentan transformaciones a nivel físico, cognitivo y emocional, por lo que la familia actúa como un marco de referencia para enfrentar estas exigencias (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Amador & Fernández, 2019; Rodríguez & García, 2017). Por lo tanto, contar con un entorno familiar positivo, que ofrezca comunicación abierta, apoyo afectivo y flexibilidad, permite que los jóvenes manejen las presiones sociales y emocionales de manera más saludable (Vallejo Casarín, Osorno Murguía, & Mazadiego Infante, 2008; Pérez & Fernández, 2019). Por el contrario, la ausencia de un respaldo familiar adecuado puede contribuir a un desarrollo individual limitado, generando inseguridades, afectando la autoestima y dificultando la construcción de una identidad sólida (Páez & Rovella, 2019; Rodríguez & García, 2017; González & Ramírez, 2020). De esta manera, la familia se configura como un pilar esencial para un desarrollo adaptativo durante la adolescencia (Allen et al., 2006; Amador & Fernández, 2019). Complementariamente, desde la teoría estructural de Salvador Minuchin, es posible comprender que los síntomas individuales, como los que presenta K., pueden ser reflejo de disfunciones en la estructura y dinámica familiar. En este sentido, Minuchin (1974) plantea que cuando existen límites difusos, los adolescentes pueden desarrollar dificultades a nivel psicológico como una forma de expresar tensiones no resueltas al interior del sistema familiar. Por lo tanto, la falta de roles claros, las jerarquías invertidas o la ausencia de contención emocional son factores que afectan directamente el desarrollo psicoemocional del adolescente.

De acuerdo con el relato de K., desde pequeña se crio en la casa de su abuela donde vivía con su madre, sus tíos y primos; el hecho de convivir con diferentes familiares en un mismo lugar se generó debido a diversos quiebres matrimoniales. En la casa, era la abuela quien asumía el rol de jefa de hogar, por lo tanto, los hijos y nietos que vivían ahí, debían cumplir con las obligaciones que ella establecía, por lo que padres e hijos podrían estar realizando las mismas funciones tales como el cuidado doméstico, cocina, reparaciones, entre otras sin existir responsabilidades asociadas a jerarquías familiares ni rango de edad. Sin embargo, entre los subsistemas compuestos por los hijos (tíos de K.) las responsabilidades se distribuían de acuerdo con la necesidad del momento como también entre quienes tenían mejor afinidad, es decir, una hermana se puede hacer cargo de los hijos de otro hermano y viceversa, condición que muchas veces se generaba sin ser solicitada. En cuanto a K. una de las hermanas de la madre es quien asume los cuidados tanto domésticos como académicos, siendo ella quien participaba en sus actividades y cumplía con las obligaciones de la madre de K. En la misma línea, y de forma voluntaria uno de los

hermanos de su madre asume el rol de papá de K., a quien hasta la fecha se refiere como “papá”. Por otra parte, la madre asume la responsabilidad de uno de sus sobrinos, cumpliendo con sus labores de crianza y cuidado en paralelo a la formación de K. Esta superposición de roles generó que los hijos del “papá” de K., que vivían en la misma casa, mantuvieran una conducta distante e incluso de maltrato (físico y emocional) con K., condición que se mantiene hasta la fecha.

Las diferentes complejidades, han fomentado el desarrollo de coaliciones dentro de la familia, siendo una consecuencia de ésta el aislamiento de Verónica, quien actualmente se encuentra excluida debido a un conflicto no resuelto, situación que tiende a perpetuar la exclusión de quienes no se alinean con el grupo dominante. K. también menciona la presencia de secretos familiares, los cuales se mantienen mediante una actitud de “*hacer como si nada pasara*” durante los encuentros de fin de semana.

En este contexto, es posible hipotetizar que la familia de K. presenta una estructura disfuncional, caracterizada por una jerarquía difusa y la ausencia de roles definidos, condición que afecta directamente el funcionamiento de los subsistemas familiares, impidiendo que operen de manera autónoma y con límites establecidos. La falta de claridad en la autoridad ha propiciado que distintos miembros asuman el liderazgo basándose en sus propias expectativas, generando confusión jerárquica, dificultades en la comunicación y un funcionamiento ineficiente en la toma de decisiones, las cuales se gestionan en función del grupo o del subsistema dominante, más que considerar el rol o las necesidades de cada integrante. Asimismo, la presencia de coaliciones disfuncionales dificulta la formación de alianzas saludables, esenciales para el bienestar emocional de los miembros de la familia, condiciones que favorecen la aparición y el mantenimiento de síntomas ansiosos y depresivos en K.

En términos socioculturales, la familia de K. se encuentra inserta en un sector rural de la sexta región, habitando una casa de campo donde reside gran parte de la familia materna y sus distintas generaciones. De acuerdo con la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (2002), K. se desenvuelve de forma cómoda y segura dentro de su microsistema, compuesto actualmente por el hogar que comparte únicamente con su madre. Este espacio constituye su principal entorno, dado que cuenta con escasas redes de apoyo e interacciones sociales, moviéndose principalmente entre su microsistema y mesosistema. Este último está conformado por vínculos intermitentes, limitados al contexto familiar e instituciones académicas.

De manera esporádica, K. accede a instituciones gubernamentales, principalmente para resolver dificultades de salud, haciendo uso de servicios como el CESFAM y el transporte público. En cuanto a su familia extendida, la mayoría se desempeña en el rubro agrícola o en el comercio informal, mientras que las mujeres trabajan mayoritariamente como asesoras del hogar. Solo una de las hermanas de su madre accedió a educación superior, optando por la carrera de pedagogía; debido a las condiciones económicas, esta oportunidad no pudo extenderse a todos los hijos. A nivel cultural, los miembros del núcleo familiar se adhieren a creencias tanto religiosas como propias del entorno rural, las cuales influyen en la comunicación y en la toma de decisiones, restringiendo con frecuencia las opciones consideradas viables.

Por lo tanto, como hipótesis sociocultural, las dificultades familiares han influido negativamente en la autoimagen y autopercepción de K., limitando su capacidad para tomar decisiones debido a una constante sensación de inseguridad, sintiéndose incapaz de afrontar las expectativas y exigencias de su entorno, moviéndose dentro de los márgenes definidos por sus familias como aceptables, lo que ha generado un distanciamiento significativo de sus pares y del entorno social. Estas condiciones se ven reforzadas por un estilo de comunicación familiar basado en interpretaciones subjetivas y creencias distorsionadas, lo cual afecta directamente el proceso de toma de decisiones de K., proceso que suele estar condicionado por la

percepción que la familia tiene sobre las habilidades individuales, basándose en prejuicios y evaluaciones construidas desde referentes que no se ajustan a la realidad del grupo familiar, favoreciendo así la mantención de síntomas ansiosos y depresivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible hipotetizar que K. se desarrolla en un contexto familiar disfuncional, caracterizado por roles inconsistentes y la ausencia de un espacio seguro. Esta dinámica ha contribuido a la construcción de una autoimagen y un autoconcepto desfavorables, afectando su capacidad para tomar decisiones y afrontar las exigencias de su entorno. Como consecuencia, su interacción tanto con pares como con otros subsistemas sociales se ve limitada, lo que influye de manera significativa en su esfera emocional y se manifiesta a través de sintomatología asociada a trastornos de tipo ansioso y depresivo.

En este contexto, describir la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes, permite intervenir tanto a nivel individual como familiar, con el objetivo de mejorar el bienestar emocional de K. y favorecer el adecuado desarrollo de su identidad. Este enfoque integral no solo busca aliviar los síntomas actuales, sino también prevenir posibles complicaciones a largo plazo, promoviendo un entorno de apoyo que facilite su recuperación y crecimiento personal.

1.3 Antecedentes contextuales y teórico-conceptuales

Desarrollo emocional y salud mental: desafíos y factores de protección

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la salud mental es una variable que impacta de forma significativa en todas las sociedades, las cuales se han visto obligadas a desarrollar diversas políticas de prevención y detección relacionadas con las diferentes dimensiones que la componen. Además, existen factores que afectan y deterioran tanto el bienestar físico como emocional, por lo que, cuanto más factores de riesgo enfrentan los adolescentes, mayores serán los efectos sobre su salud mental. Si llevamos este concepto a la niñez, para la OMS, la salud mental en esta etapa evolutiva se refiere a *“los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad”* (OMS, 2022).

Por consiguiente, la adolescencia se entiende como un periodo de transición entre la infancia y la adultez, que se caracteriza por una serie de transformaciones significativas, periodo en el cual los jóvenes enfrentan desafíos tales como el integrarse en un contexto cultural, afirmar su identidad, desarrollar comportamientos autónomos, interactuar con sus pares, lo que exige un mayor esfuerzo y compromiso a nivel individual, por lo que al no contar con las herramientas necesarias para responder a estos cambios, este periodo se transforma en una etapa de conflictos, donde los jóvenes se enfrentan a crisis vitales al intentar establecerse en el mundo adulto. En este contexto, los conflictos son más intensos, por consiguiente, es esencial tener en cuenta los recursos psicológicos y familiares disponibles para facilitar este proceso (Bahamón et al., 2018).

Así, diferentes autores coinciden en que la adolescencia es una etapa única y formativa, en la que intervienen variables tales como los cambios físicos, las fluctuaciones emocionales, las exigencias sociales, y los factores de riesgo como los malos tratos y la violencia. Estas variables, en su conjunto, pueden interrelacionarse y si no se manejan adecuadamente, pueden desestabilizar a los adolescentes. Esto los posiciona en un escenario de mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas de salud mental. Por lo tanto, promover en ellos el aprendizaje socioemocional y el bienestar psicológico, como herramientas estratégicas durante esta etapa del desarrollo, es fundamental para su salud y bienestar. Algunas acciones

clave para mantener una adecuada salud mental incluyen la adopción de patrones de sueño saludables, el ejercicio regular, el desarrollo de habilidades para mantener relaciones interpersonales, el aprendizaje en la gestión emocional, la capacidad para enfrentar situaciones difíciles y la resolución de problemas. Sin embargo, es crucial contar con un entorno favorable y protector en diferentes niveles, ya sea en la familia, en instituciones educativas o en la comunidad en general (OMS, 2021).

En conclusión, la adolescencia es una etapa crítica para el desarrollo de la salud mental, ya que los jóvenes enfrentan numerosos desafíos que pueden influir en su bienestar emocional y psicológico, siendo fundamental proporcionar herramientas adecuadas, tanto a nivel individual como social, que les permitan gestionar sus emociones, fortalecer su identidad y mantener relaciones saludables. Además, es necesario proporcionar un entorno de apoyo desde la familia como en los diferentes contextos en los cuales se desenvuelven, siendo una condición fundamental para proteger a los adolescentes de los factores de riesgo y fomentar su resiliencia.

Ansiedad y Depresión en la Adolescencia

Dada las diversas exigencias y cambios que se presentan en la etapa adolescente, es fundamental proporcionar condiciones que favorezcan la estabilidad emocional, donde la familia juega un rol indispensable en el fortalecimiento de estas habilidades. En esta etapa, los jóvenes tienden a distanciarse buscando el ajuste entre sus capacidades y el entorno, escenario donde se ven obligados y expuestos a condiciones tales como la presión social por parte de los pares, a contextos adversos a nivel familiar, aludiendo en términos domésticos a la exposición de violencia, a una educación severa y estricta por parte de los padres, a los problemas socioeconómicos y a problemas graves de otro tipo. Por otra parte, el acceso inmediato a la información, principalmente a través de las redes sociales y las diferentes plataformas de entretenimiento, ejercen una presión no dimensionada sobre los adolescentes, generando en ellos necesidades que alteran la realidad en la que vive como también la percepción y aspiración que tiene del futuro (OMS, 2021), agobiándolos y aumentando la percepción de inseguridad, impactando en su autoestima y como consecuencia aumentando la posibilidad de desarrollar algún tipo de trastorno a nivel emocional.

Adicionalmente, las experiencias tempranas adversas como el abuso físico o emocional, la negligencia o la exposición a ambientes familiares disfuncionales, son factores de riesgo críticos para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en la adolescencia. Estas experiencias pueden alterar el desarrollo emocional y psicológico, predisponiendo a los adolescentes a enfrentar desafíos más significativos durante la maduración, como lo indica la teoría del estrés temprano (Anda et al., 2006).

La teoría del estrés temprano sostiene que las experiencias adversas ocurridas durante los primeros años de vida pueden tener un impacto profundo y duradero en el desarrollo emocional, cognitivo y físico de los individuos. Durante esta etapa crítica del desarrollo, el cerebro de los niños es altamente sensible y vulnerable a factores estresantes, por lo que la exposición a un estrés crónico o traumático puede alterar su regulación biológica y emocional, afectando su capacidad para manejar el estrés a lo largo de la vida. Pese a ello, la teoría también destaca que la presencia de factores protectores, como un apego seguro y el apoyo social, pueden disminuir los efectos negativos del estrés temprano, promoviendo la resiliencia y el desarrollo saludable (Bravo & González, 2017).

En esta línea, y considerando los múltiples factores que impactan de forma negativa en los adolescentes, ya sea como consecuencia de experiencias tempranas adversas o de la interacción con su entorno, los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en esta población son la ansiedad y la depresión. La ansiedad se define como *“una emoción caracterizada por pensamientos angustiantes, sentimientos de tensión, cambios conductuales y físicos similares a los provocados por el miedo, generando respuestas*

cognitivas, caracterizadas por la exacerbación del sistema nervioso autónomo y signos motores que implican la presencia de comportamientos escasamente adaptativos y poco ajustados” (Chávez & Lima, 2023). Esta condición puede manifestarse mediante síntomas como ataques de pánico o preocupaciones excesivas. A nivel mundial, se estima que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años presentan un trastorno de ansiedad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

Por otro lado, la depresión se define como *“un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica”* (MINSAL, 2009). De la misma manera, es definida por el Ministerio de Salud de Chile como *“una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios”*. También se calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión (MINSAL, 2013).

Es importante tener presente que la ansiedad y la depresión comparten ciertas manifestaciones, principalmente aquellas que tienen relación con los cambios rápidos e inesperados en el estado de ánimo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Por ello, es necesario considerar que la relación entre ambos trastornos es ampliamente reconocida, dado que los síntomas que los caracterizan suelen coexistir. En consecuencia, las personas pueden experimentar episodios ansiosos y depresivos en distintos momentos de su vida (Rey, Bella-Awusah & Jing, 2017). Esta comorbilidad es particularmente elevada durante la adolescencia, esto debido a que los jóvenes que presentan uno de estos trastornos, tienen una mayor probabilidad de desarrollar el otro, generando un ciclo de malestar emocional y deterioro en la funcionalidad. Asimismo, la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos se ha asociado con un mayor riesgo de suicidio, lo que subraya la necesidad de una evaluación y tratamiento oportunos para prevenir complicaciones graves (Kessler et al., 2005).

En la adolescencia, los trastornos depresivos deben ser tratados con responsabilidad, primeramente debido a que constituyen un riesgo para la salud como también por las potenciales complicaciones que pueden arrastrar (Knapp, 2002). La depresión en esta etapa del ciclo vital, responde a la interacción de múltiples factores de vulnerabilidad biológica como también de influencias ambientales, además de factores hereditarios como también de acontecimientos adversos en la primera infancia, siendo estas condiciones factores que pueden predisponer directa e indirectamente a la depresión, condiciones que pueden intervenir a nivel cognitivo, en el temperamento como también en los rasgos de personalidad. Por lo tanto, las variables ambientales y congénitas, junto con los cambios hormonales y de maduración, pueden alterar la sensibilidad individual a los factores estresantes (MINSAL, 2021), desencadenando una serie de alteraciones a nivel emocional y cognitivo que podrían influir en el desarrollo de estos trastornos.

En este sentido, resulta crucial abordar los trastornos ansiosos y depresivos en la adolescencia de manera integral y temprana, considerando tanto los factores biológicos como los ambientales que influyen en su aparición. La identificación temprana de los factores de riesgo y el acceso a intervenciones adecuadas pueden marcar una diferencia significativa en el bienestar emocional y en la calidad de vida de los adolescentes. Estos cuadros no solo afectan el estado de ánimo, sino que también puede interferir con el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los jóvenes, lo que resalta la necesidad de una atención especializada y el fortalecimiento de los sistemas de apoyo, tanto familiares como comunitarios. En

definitiva, el enfoque multidisciplinario y preventivo es fundamental para reducir los efectos negativos de la ansiedad y depresión, y así fomentar un desarrollo saludable durante esta etapa crítica de la vida.

Factores de Riesgo en Sintomatología Ansiosa y Depresiva en Adolescentes

El desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en la adolescencia está influenciado por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan de manera compleja. Entre los principales factores de riesgo se incluyen experiencias adversas durante la infancia, como el abuso, la negligencia o la exposición a ambientes familiares disfuncionales, que pueden alterar el desarrollo emocional y cognitivo de los jóvenes. Además, las dificultades en el entorno social, como la presión por parte de los pares, el bullying, la discriminación o el acceso constante a estímulos negativos a través de las redes sociales, pueden intensificar los sentimientos de inseguridad y ansiedad. A esto se suman los factores biológicos, como predisposiciones genéticas y desequilibrios en la química cerebral, que aumentan la vulnerabilidad a trastornos emocionales. Estos elementos, combinados con los cambios hormonales y la búsqueda de identidad típica de la adolescencia, pueden crear un terreno fértil para la manifestación de trastornos de ansiedad y depresión, lo que resalta la importancia de identificar y abordar estos factores de riesgo de manera integral y temprana.

La ansiedad, es un cuadro que está influenciado por una variedad de factores de riesgo que interactúan entre sí, tanto a nivel biológico como ambiental. Entre los principales factores biológicos, se incluyen predisposiciones genéticas, donde un historial familiar de trastornos de ansiedad puede aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes a desarrollar síntomas ansiosos (González et al., 2014). En el ámbito psicológico, los adolescentes que presentan dificultades para manejar el estrés o que carecen de habilidades adecuadas para la regulación emocional son más propensos a experimentar altos niveles de ansiedad (Rey et al., 2017). A nivel social, las presiones externas, como el acoso escolar, la presión por cumplir con expectativas académicas o sociales, y el impacto de las redes sociales, juegan un papel clave en el aumento de la ansiedad (Fernández et al., 2020). La falta de apoyo social adecuado, como una red de amigos cercanos o la ausencia de una comunicación abierta con la familia, también puede ser un factor de riesgo significativo. Asimismo, experiencias adversas previas, como el abuso, la negligencia o la exposición a situaciones de violencia, incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad, ya que estas vivencias pueden alterar la percepción del mundo como un lugar seguro, lo que fomenta una constante sensación de amenaza (Bravo & González, 2017).

Respecto a la sintomatología depresiva en adolescentes y sus factores de riesgo, es posible señalar que estos contienen un componente biológico, psicológico y social. En este sentido, factores hereditarios juegan un papel crucial, ya que los adolescentes con antecedentes familiares de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (López & Sánchez, 2018). En cuanto a los factores psicológicos, la presencia de trastornos de la personalidad, el perfeccionismo, la baja autoestima y la dificultad para gestionar las emociones son aspectos que predisponen a los jóvenes a la depresión. A nivel social, las experiencias adversas como el abuso emocional, la negligencia o la exposición a conflictos familiares severos se asocian estrechamente con un aumento de la vulnerabilidad a la depresión (Bravo & González, 2017). Además, el aislamiento social, la falta de apoyo emocional adecuado y la presión académica o social son factores de riesgo adicionales que aumentan la probabilidad de que los adolescentes desarrollen trastornos depresivos (Pérez & Fernández, 2019). Estos factores interactúan y contribuyen a la aparición y persistencia de los síntomas depresivos, afectando significativamente el bienestar emocional de los jóvenes.

En Chile, el Ministerio de Salud (2013) clasifica en tres niveles los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en adolescentes, dimensiones que coinciden con la evidencia empírica sobre los factores que se asocian a los problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes, literatura que indica que

es posible que estas variables se puedan agrupar en factores individuales, sociales y familiares. Cada uno de estos grupos se encuentra detallado en la Tabla 1.

Tabla 1

Factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes

INDIVIDUALES	FAMILIARES	CONTEXTUALES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estilo atribucional estable, negativo e interno. ▪ Baja autoestima ▪ Competencia social limitada ▪ Presencia de trastorno comórbidos: ansiosos, abuso de sustancias, déficit atencional con o sin hiperactividad, de la conducta, del aprendizaje, trastornos de la alimentación, enfermedades médicas crónicas se asocia al desarrollo y mantención de síntomas depresivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madre con antecedentes de depresión ▪ Historial de depresión en la familia ▪ Maltrato físico ▪ Abandono ▪ Negligencia ▪ Abuso sexual ▪ Crianza sin apoyo ▪ Hostilidad ▪ Rechazo ▪ Falta de comunicación afectiva ▪ Patología psiquiátrica de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobreza ▪ Hacinamiento ▪ Alta movilidad residencial ▪ Haber sufrido abuso escolar por un periodo de 3-6 meses

Nota: Adaptado de *Factores de riesgos para el desarrollo de depresión en adolescentes*, por MINSAL, 2013, Ministerio de Salud de Chile.

Los factores de riesgo se pueden considerar como las características o condiciones de nivel individual, familiar o social, que aumentan la probabilidad de que una persona experimente problemas de salud física o mental. En términos de salud mental, los factores de riesgo se refieren a aquellos elementos o situaciones que incrementan la posibilidad de desarrollar trastornos psicológicos, como la ansiedad, la depresión o el estrés.

Los factores de riesgo individuales para el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes pueden tener consecuencias significativas en su bienestar emocional y psicológico. Estos factores incluyen características personales como la genética, el temperamento, las habilidades para regular emociones, y las experiencias pasadas de trauma o estrés. La presencia de una predisposición genética a trastornos emocionales, combinada con un temperamento más susceptible a la ansiedad o la depresión, puede hacer que un adolescente sea más vulnerable a enfrentar dificultades emocionales. Además, la falta de habilidades adecuadas para manejar el estrés o las emociones negativas puede generar una incapacidad para lidiar con los desafíos cotidianos, lo que aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión (Gómez y Sánchez, 2019).

La consecuencia de estos factores individuales de riesgo puede ser la manifestación de síntomas emocionales y conductuales, como la irritabilidad, la tristeza constante, la baja autoestima, los problemas de concentración o el aislamiento social. Si no se abordan estos factores de manera temprana, el adolescente podría enfrentar un mayor deterioro de su bienestar emocional, lo que podría llevar a la aparición de trastornos más graves, afectar las relaciones interpersonales, el rendimiento escolar y, en algunos casos, aumentar el riesgo de pensamiento o conducta suicida. Es fundamental la intervención

temprana para ayudar al adolescente a desarrollar habilidades de afrontamiento y ofrecer un entorno de apoyo adecuado que promueva su salud mental y emocional (Gómez y Sánchez, 2019).

Respecto al factor de riesgo individual, el Ministerio de Salud (2013) señala que los adolescentes con baja autoestima y con una competencia social limitada tienen mayores probabilidades de experimentar síntomas depresivos debido a la dificultad para manejar el estrés social, siendo este un factor de riesgo importante en el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva.

En cuanto a los factores familiares, estos juegan un rol protagónico en el desarrollo de la sintomatología ansiosa y depresiva en los adolescentes, ya que el hogar es el primer contexto donde los jóvenes aprenden a gestionar sus emociones y establecer patrones de comportamiento (Amador & Fernández, 2019). Un entorno familiar disfuncional, caracterizado por la falta de apoyo emocional, la presencia de conflictos familiares, la violencia doméstica o el abuso, aumenta significativamente el riesgo de que los adolescentes desarrollen trastornos emocionales (Pérez & Martínez, 2018). Además, el estilo de crianza autoritario o negligente, que limita la expresión emocional o no proporciona las herramientas necesarias para afrontar el estrés, puede contribuir al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión (Rodríguez & García, 2017). La presencia de trastornos mentales en los padres también es un factor hereditario importante, ya que aumenta la vulnerabilidad genética de los hijos a experimentar problemas emocionales (González & Ramírez, 2020). Estos factores familiares interactúan de manera compleja, afectando la salud mental de los adolescentes y destacando la necesidad de intervenciones que promuevan un entorno familiar estable y de apoyo para prevenir el desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos (López & Vargas, 2021).

La familia ha demostrado ser un predictor importante en relación a la conducta de los padres, específicamente en cuanto a los estilos y las prácticas parentales (Dekovic, 1999; Reiss et al, 1995, en Betancourt & Andrade, 2011). En este sentido, el apoyo de los padres es una de las dimensiones con que tradicionalmente la investigación ha caracterizado al estilo parental y la define como *“las actitudes y acciones parentales que intencionalmente fomentan la individualidad, la autorregulación y la autoafirmación de los hijos”* (Mellado et al, 2021).

Dentro de las funciones básicas del sistema parental se encuentra proporcionar un clima afectivo por medio de un vínculo seguro, así como agenciar los elementos principales para facilitar que los miembros se relacionen con su entorno y adquieran las competencias necesarias para desenvolverse de manera autónoma ante las exigencias de la sociedad (Solís & manzanares, 2018). En concordancia, Ballesteros et al (2007), indican que existen diversas investigaciones epidemiológicas que han demostrado que el contexto familiar y el cómo las experiencias de negligencia, abuso físico y sexual en la infancia, constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de depresión, indicando que clínicamente los pacientes con estos antecedentes tienen una mayor tendencia a presentar conductas autodestructivas, agudizar su sintomatología, presentar un inicio en etapas precoces del desarrollo y presentar una mayor comorbilidad con trastornos ansiosos, somáticos, disociativos, abuso de sustancias y desorden de personalidad.

En la misma línea, Sheeber et al. (1997), indican que las relaciones familiares y el estilo de crianza funcionan como variables intervinientes en el desarrollo de depresión en los adolescentes, basándose en estudios que han evidenciado que en adultos depresivos, en hijos de padres depresivos y en adolescentes depresivos, sus interacciones familiares se caracterizan por presentar más conflictos, más rechazo, menos expresión de afectos, más problemas en la comunicación, más abuso parental y menos apoyo familiar (Sheeber et al, 1997). De igual manera, un seguimiento realizado por 40 años que tenía como objetivo evaluar los efectos del apego y el cuidado parental sobre algunos procesos adaptativos en el niño, demostró que los principales predictores tempranos, durante los primeros 3 años de vida, de la depresión

durante la niñez y adolescencia serían algunas formas de abuso parental, tales como la falta de apoyo en la crianza, haber experimentado algún evento estresante en el contexto familiar, falta de apoyo afectivo por parte de la madre, depresión materna (Allen et al, 2006).

Estilos Parentales y Sintomatología Ansiosa y Depresiva en Adolescentes

El interés por el estudio de la familia ha permitido desarrollar diferentes modelos teóricos relacionados con la interacción y sus consecuencias respecto a los estilos parentales. Entre ellos, destaca el Modelo de Autoridad Parental formulado por Diana Baumrind (1966), en el cual la autora reconoce dos dimensiones del comportamiento de los padres que permiten identificar el impacto en la formación de los hijos, la aceptación y el control parental. De esta manera, la combinación de estas dos dimensiones da origen a la tipología de los estilos parentales que esta autora propone:

- *Estilo autoritario*: Padres cuyo nivel de involucramiento o aceptación hacia los hijos es bajo, pero muestran un alto grado de control o supervisión. Son padres que prestan poca atención a las necesidades de los hijos, pero son muy exigentes con ellos en cuanto a las reglas de comportamiento que establecen, las que difícilmente pueden ser negociadas por los hijos (Vallejo, Osorno, & Mazadiego, 2008).
- *Estilo autoritativo o democrático*: Padres cuyos niveles de involucramiento o aceptación y control o supervisión son altos. Este tipo de padres son sensibles a las necesidades de sus hijos, pero sin que ello implique la negación de las suyas. Establecen altos estándares de comportamiento a los hijos y promueven la individualidad y responsabilidad (Vallejo, Osorno, & Mazadiego, 2008).
- *Estilo permisivo*: Padres que presentan altos niveles de involucramiento o aceptación y bajos niveles de control o supervisión. Padres muy tolerantes a los impulsos de sus hijos; las reglas de comportamiento para ellos son muy laxas (Vallejo, Osorno, & Mazadiego, 2008).

En un aporte posterior, Maccoby y Martin (1983) redefinen la tipología de Baumrind al agregar un estilo más, el *Negligente*, que caracteriza a los padres que exhiben bajos niveles de involucramiento o aceptación y de control o supervisión hacia las conductas de los hijos. Este tipo de padres demuestran escaso afecto hacia los hijos y establecen límites deficientes, lo que puede traducirse en una baja atención, dejando gran parte de la responsabilidad material y afectiva en manos de los mismos. Además, este estilo parental puede generar sentimientos de desprotección e inseguridad, lo que aumenta la vulnerabilidad a trastornos como ansiedad y depresión (Vallejo, Osorno, & Mazadiego, 2008).

Dado el impacto significativo que los estilos parentales tienen en el desarrollo social, afectivo, cognitivo y conductual de los hijos, uno de los temas de mayor interés actualmente es la relación entre dichos estilos y la depresión en los adolescentes. Según Sander y McCarthy (2005), existen tres factores clave en los padres que pueden influir en el desarrollo de la depresión en sus hijos, siendo estos las patologías presentes en los padres, sus estilos cognitivos y el clima emocional que establecen en la diada padre-hijo (Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008).

En este contexto, Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la relación entre los estilos parentales y la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes del norte de Veracruz, México. Los resultados mostraron que la sintomatología depresiva se presentaba con mayor intensidad en las mujeres. En cuanto a los estilos parentales percibidos, el estilo autoritario se asoció con niveles más altos de sintomatología depresiva tanto en hombres como en mujeres (Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008).

A modo de resumen y teniendo como base el modelo de estilos parentales como también las investigaciones asociadas a esta temática, Toría, Peña y Rodríguez (2008), desarrollaron una tabla que tiene como objetivo representar a través de un resumen las principales tipologías y las pautas familiares (ver Tabla 2):

Tabla 2

Resumen de las principales tipologías y pautas familiares

Tipología de socialización familiar	Rasgos de conducta parental	Consecuencias educativas sobre los hijos
DEMOCRÁTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Afecto manifiesto • Sensibilidad ante las necesidades del niño: responsabilidad • Explicaciones • Promoción de la conducta deseable • Disciplina inductiva o técnicas punitivas razonadas (privaciones, reprimendas) • Promueven el intercambio y la comunicación abierta • Hogar con calor afectivo y clima democrático 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia social • Autocontrol • Motivación • Iniciativa • Moral autónoma • Alta autoestima • Alegres y espontáneos • Autoconcepto realista • Responsabilidad y fidelidad a compromisos personales • Prosocialidad dentro y fuera de la casa (altruismo, solidaridad) • Elevado motivo de logro • Disminución en frecuencia e intensidad de conflictos padres-hijos
AUTORITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Normas minuciosas y rígidas • Recurren a los castigos y muy poco a las alabanzas • No responsabilidad paterna • Comunicación cerrada o unidireccional (ausencia de diálogo) • Afirmación de poder • Hogar caracterizado por un clima autocrático 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autonomía y autoconfianza • Baja autonomía personal y creatividad • Escasa competencia social • Agresividad e impulsividad • Moral heterónoma (evitación de castigos) • Menos alegres y espontáneos
NEGLIGENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas • Responden y atienden las necesidades de los niños • Permisividad • Pasividad • Evitan la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones • Escaso uso de castigos, toleran todos los impulsos de los niños • Especial flexibilidad en el establecimiento de reglas 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja competencia social • Pobre autocontrol y heterocontrol • Escasa motivación • Escaso respeto a normas y personas • Baja autoestima, inseguridad • Inestabilidad emocional • Debilidad en la propia identidad • Autoconcepto negativo • Graves carencias en autoconfianza y autorresponsabilidad • Bajos logros escolares

	<ul style="list-style-type: none"> • Acceden fácilmente a los deseos de los hijos 	
INDULGENTE	<ul style="list-style-type: none"> • No implicación afectiva en los asuntos de los hijos • Dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible • Escasa motivación y capacidad de esfuerzo • Inmadurez • Alegres y vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa competencia social • Bajo control de impulsos y agresividad • Escasa motivación y capacidad de esfuerzo • Inmadurez • Alegres y vitales

Nota: Adaptado de *Estilos de educación familiar y comportamiento infantil En Estilos parentales: Revisión bibliográfica y reformulación teórica* por Torío, M., Peña, J., & Rodríguez, L. 2008, Teoría Educativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la familia, y en particular los padres, desempeñan un papel crucial en el desarrollo de los adolescentes. Dependiendo del estilo parental utilizado, los padres pueden actuar como un factor protector que prevenga que los jóvenes se involucren en diversas conductas de riesgo, como el suicidio. Esta afirmación se ve respaldada por los hallazgos de Pérez et al. (2013), quienes observaron que los adolescentes que carecen de una comunicación efectiva con sus padres, es decir, aquellos que no cuentan con apoyo emocional e instrumental, y que además perciben poco afecto, control excesivo o restricciones, tienden a mostrar síntomas depresivos que, en muchos casos, pueden estar acompañados de ideas suicidas.

Antecedentes de Trastornos Ansiosos y Depresivos en Adolescentes Chilenos

Hoy la realidad epidemiológica de la salud mental en Chile, plantea la necesidad de poner énfasis en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, continuidad de cuidados e inclusión social de las personas que presentan enfermedades mentales, integrando enfoques transversales basados en los determinantes sociales en salud, curso de vida, equidad en salud y derechos humanos. La OMS sitúa a Chile como uno de los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas en el mundo (23,2%). Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico y un 22,2% lo ha tenido el último año, siendo la ansiedad, la depresión y los trastornos por consumo de alcohol los más prevalentes. Respecto a la depresión, esta se configura como una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial (INJUV, 2023).

En Chile, la salud mental de los adolescentes es una preocupación creciente, especialmente en lo que respecta a trastornos como la ansiedad y la depresión. Según la Encuesta Nacional de Salud (2016-2017), un 6,2% de la población chilena padece depresión, aunque solo un 1,6% recibe tratamiento, lo que refleja una importante brecha en la atención (INJUV, 2023). Este problema es especialmente crítico en adolescentes, ya que la depresión se configura como una de las principales causas de discapacidad en este grupo etario a nivel mundial (INJUV, 2023).

En Chile, un 35% de las personas han declarado haber tenido o tener depresión, condición que se presenta principalmente y con mayor frecuencia dentro de un rango etario entre los 22 y 35 años, generación que se caracteriza por pertenecer a una época de mayor desarrollo a nivel tecnológico, redes sociales y en general de globalización, como también en la generación que comprende los 36 y 51 años, teniendo como base problemas a nivel de pareja, problemas en el trabajo y la muerte de una familiar y/o amigo (INJUV, 2023).

En términos generales, es posible establecer que más de un millón de chilenos sufre de ansiedad (6,5%), mientras que el 5% de la población vive con depresión (844.253 personas mayores de 15 años). Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud realizada en el periodo de 2016-2017, señala que en Chile un 6,2% de las chilenas y los chilenos padece depresión, pero sólo un 1,6% se encuentra en tratamiento. La misma encuesta incluye datos sobre la sospecha de depresión en la población, la cual disminuye del 17,9% en 2009-2010 y al 15,8% entre el 2016-2017 (INJUV, 2023).

Políticas públicas y brechas en la atención de salud mental en Chile

La salud mental es un derecho fundamental, reconocido tanto en la Constitución chilena como en la Ley N° 21.331, que establece el Sistema Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Sin embargo, las cifras de cobertura y accesibilidad de servicios en Chile indican brechas significativas en la atención. Por ejemplo, en 2021 solo el 14% de las consultas médicas de salud mental en menores de 20 años fueron atendidas en el sistema público, con una mayoría atendida en la salud privada. La pandemia ha evidenciado la urgente necesidad de fortalecer la atención primaria en salud mental, especialmente para adolescentes, debido al aumento significativo de trastornos ansiosos y depresivos. Es crucial implementar intervenciones psicoeducativas efectivas y basadas en evidencia que integren la participación de la familia y promuevan estilos parentales saludables para mitigar esta crisis (Ministerio de Salud, 2021).

En Chile, el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, implementado desde 2016 por el Ministerio de Salud (MINSAL), tiene como objetivo contribuir al desarrollo integral de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años a través de actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud. Este programa se ha extendido a nivel nacional en el sistema público y también es una referencia para el sistema privado, abarcando un amplio espectro de intervenciones para mejorar la salud mental de esta población (Ministerio de Salud, 2016).

En el ámbito educativo, la Estrategia de Fortalecimiento de la Salud Mental en las Escuelas, presentada en 2023 por los Ministerios de Educación, Salud y Desarrollo Social, busca garantizar el bienestar socioemocional de estudiantes y equipos docentes mediante la formación en salud mental y la colaboración entre familias, establecimientos educacionales y centros de salud. Esta estrategia incluye la expansión del Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB, fortaleciendo el apoyo psicosocial en el entorno escolar (Ministerio de Educación, 2023).

Por otro lado, el Programa de Prevención del Suicidio en Adolescentes de la Universidad de O'Higgins, iniciado en 2021, está dirigido a estudiantes universitarios, especialmente de primer año. Este programa promueve la salud mental como un factor clave para el bienestar individual y colectivo, logrando una reducción del riesgo suicida en los participantes mediante intervenciones individualizadas y estrategias entre pares (Universidad de O'Higgins, 2024).

Finalmente, el Proyecto CLAN de la Universidad de Chile, activo desde 2016, utiliza tecnologías de información para la prevención del suicidio adolescente en establecimientos educacionales de la Región Metropolitana y la V Región. Esta plataforma interactiva está disponible 24/7 y ha demostrado ser efectiva para alcanzar a adolescentes que enfrentan barreras para acceder a atención directa, posicionándose como una herramienta innovadora en la salud mental juvenil (Universidad de Chile, 2016).

1.4 Antecedentes Empíricos

Primeros estudios sobre estilos parentales: Baumrind (1966, 1977)

Uno de los primeros estudios en relación a los estilos parentales fue realizado por Diana Baumrind en 1966, quien llevó a cabo su primera investigación con 134 niños y niñas menores de tres años que estaban escolarizados. Entrevistó a las madres y a los padres, mientras observaba el comportamiento hacia los hijos durante las entrevistas. El propósito de su estudio era analizar el impacto de las pautas familiares en la personalidad de los niños. A partir de las variables de control, afecto y comunicación, Baumrind identificó tres estilos de crianza a través de los cuales los padres regulan el comportamiento de sus hijos, el estilo autoritario, el estilo permisivo, y el estilo autoritativo. Además, consideró que este último estilo ofrecería mejores resultados que los otros dos. Los hallazgos de su investigación respaldaron sus hipótesis y se hicieron muy conocidos; los niños con padres autoritativos eran más maduros y competentes en comparación con aquellos con padres autoritarios o permisivos. En resumen, su estudio muestra que en un hogar donde se brinda atención y cuidado a los niños en edad preescolar, y donde se exige cierto nivel de control, se promueve la madurez y la competencia. En cambio, estos atributos no se logran con una disciplina autoritaria, castigos severos o una protección excesiva. En 1977, Baumrind volvió a examinar la misma muestra cuando los niños tenían entre 8 y 9 años, y encontró que los niños de familias democráticas presentaban altas competencias sociales y cognitivas; aquellos con padres autoritarios se situaban en un nivel medio, mientras que los niños de padres permisivos mostraban niveles más bajos. Estudios posteriores han demostrado que estos efectos se mantienen durante la adolescencia (Torío, Peña, Rodríguez, 2008).

Ampliación y profundización de los estilos parentales: Maccoby y Martin (1983)

Posteriormente, en 1983, y por medio de un estudio longitudinal sobre el estilo parental y la salud mental, Maccoby y Martin profundizaron la clasificación de los estilos parentales propuestos por Baumrind, jugando un papel clave en el desarrollo de una conceptualización más detallada y matizada de los mismos. En su investigación, los autores ampliaron la definición de los estilos de crianza, dividiéndolos en cuatro categorías: autoritativo, autoritario, permisivo y negligente. Además, asociaron estos estilos con diversos aspectos del bienestar emocional y social de los niños y adolescentes, como la ansiedad, la depresión, la autoestima y la capacidad de adaptación social. Su estudio reveló que los niños criados en ambientes autoritativos, caracterizados por una combinación de calidez, apoyo emocional, control adecuado y expectativas claras, tendían a mostrar menores niveles de ansiedad y depresión. Estos niños también desarrollaban una mejor capacidad de adaptación social, mostrando habilidades más fuertes en la resolución de problemas, la toma de decisiones y el manejo de las relaciones interpersonales. En contraste, los niños con padres autoritarios, que imponían reglas estrictas sin mucha flexibilidad ni afecto, presentaron más dificultades emocionales, como niveles elevados de ansiedad, depresión y estrés. Además, tendían a ser más sumisos, con poca autonomía, y mostraban dificultades para tomar decisiones de manera independiente. Por otro lado, los niños criados por padres permisivos, quienes ofrecían pocos límites y control, pero eran muy afectivos y comprensivos, experimentaban mayor aceptación, pero mostraban problemas relacionados con la autonomía y la toma de decisiones. Estos niños tendían a carecer de las habilidades necesarias para establecer límites adecuados en su vida, lo que podía resultar en problemas de adaptación social y conductas de riesgo. Este estudio no solo ratificó los hallazgos previos de Baumrind sobre los estilos de crianza, sino que también destacó cómo la interacción entre el afecto y el control de los padres influye de manera crítica en el desarrollo emocional y social de los niños y adolescentes (Maccoby y Martin, 1983).

Relación entre estilos parentales y salud emocional en adolescentes

Sheeber, Hops, Alpert y Davis (2001) llevaron a cabo un estudio titulado Family Processes in Adolescent Depression a través del Oregon Research Institute (ubicado en Oregón, Estados Unidos) sobre el vínculo entre los estilos de crianza y la depresión en adolescentes de entre 13 y 18 años, con el objetivo de comprender cómo las interacciones familiares influyen la salud emocional de los jóvenes. Los resultados del estudio mostraron que los adolescentes con padres autoritarios, que suelen ser más estrictos, controladores y menos expresivos en cuanto a afecto, presentaban una mayor tendencia a desarrollar síntomas depresivos. Este estilo de crianza se caracterizó por un nivel elevado de hostilidad y control, lo que contribuyó al deterioro de la autoestima y a un ambiente emocionalmente más negativo para los adolescentes. La falta de comunicación abierta y de apoyo emocional en hogares con padres autoritarios dificultaba que los jóvenes pudieran gestionar adecuadamente sus emociones, lo que a su vez aumentaba su vulnerabilidad a la depresión. Por otro lado, los adolescentes con padres autoritativos, quienes ofrecen un equilibrio entre el control y el afecto, mostraron una regulación emocional más estable y menos síntomas depresivos. Este estilo de crianza se asoció con una mayor capacidad de los adolescentes para afrontar el estrés y las dificultades emocionales, debido a la combinación de límites claros y la promoción de la autonomía personal, lo que fortalecía su resiliencia emocional. En resumen, el estudio sugirió que un estilo de crianza autoritativo, que favorece la comunicación abierta, el apoyo emocional y el fomento de la independencia, tiene un impacto positivo en la salud mental de los adolescentes, mientras que el estilo autoritario, con su enfoque más rígido y controlado, tiende a aumentar el riesgo de problemas emocionales, como la depresión (Sheeber, Hops, Alpert, y Davis, 2001).

Estudios chilenos sobre estilos parentales y salud mental

En 2009, se realizó un estudio sobre la variación de las conductas de riesgo y sintomatología depresiva en adolescentes en la ciudad de Santiago, considerando cambios en los estilos parentales, comparando preadolescentes menores de 15 años con otros mayores de 16, utilizando el modelo y cuestionario CNAP. Se encontró que a mayor aceptación parental existe mayor iniciativa social (especialmente en el grupo de mayor edad) y menor depresión, siendo el grupo más vulnerable a deprimirse por la falta de aceptación parental el más joven. Los adolescentes, independientemente de su edad, que perciben mayor control psicológico de parte de sus padres, tienden a presentar más conductas antisociales y depresión. El control conductual, entendido como la fijación de límites claros junto a un monitoreo de la conducta de los hijos, es un factor protector frente a las conductas antisociales. Los adolescentes que formaron parte de la investigación, presentaban mayor presencia de comportamientos antisociales, consumo de drogas y alcohol que los de menor edad. Cabe considerar que la razón para usar el punto de corte de 15 a 16 años se debe a que en el sistema sanitario chileno, los adolescentes son atendidos hasta los 15 en servicios pediátricos y sobre 16 en salud del adulto (Florenzano et al., 2010).

Florenzano et al. (2011) realizaron una investigación con jóvenes chilenos entre 15 y 19 años para identificar factores de estilos parentales asociados a ideación suicida. Los resultados indicaron que adolescentes con padres que presentan un alto nivel de hostilidad marital encubierta tienen mayor probabilidad de ideación suicida alta. Se identificaron nueve factores protectores comunes para los grupos con y sin ideación suicida: el autoestima, la aceptación parental, la autonomía psicológica parental, la calidad en la relación con la madre y el padre, amabilidad parental, expresión de afectos físicos, monitoreo paterno y participación en decisiones familiares. Así, los adolescentes cuyos padres ejercen autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad parental y monitoreo paterno presentan menor ideación suicida que aquellos cuyos padres carecen de estas conductas (Bahamón et al., 2018).

Vicente et al. (2012) publicaron un estudio epidemiológico de prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos, encontrando que bajos niveles de funcionamiento familiar se asociaron con la presencia de trastornos emocionales. Vivir con un padre o en una estructura familiar distinta de la biparental estuvo fuertemente asociado con la presencia de trastornos afectivos y comorbilidad psiquiátrica. La prevalencia total de trastornos afectivos alcanzó un 6.1% en niños y adolescentes entre 4 y 18 años. Los resultados evidenciaron una mayor prevalencia en mujeres (8.6%) que en hombres (3.7%), y en el rango de edad de 12 a 18 años (8.6%) respecto al grupo de 4 a 11 años (3.8%). En conclusión, más de un tercio de la población infanto-juvenil en Chile presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses (Vicente et al., 2012). De la Barra et al. (2012) señalaron que la prevalencia de problemas de salud mental era más alta en comparación con la mayoría de los países y que las tasas de trastornos disruptivos superaron a las observadas en otras investigaciones internacionales.

Impacto de la pandemia en la salud mental de adolescentes

La Fundación Relaciones Inteligentes y el equipo de Educación Emocional en la Infancia y Adolescencia de la Universidad de Valencia realizaron en 2020 una investigación sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de jóvenes y adolescentes en Chile. Se encuestó a 4.074 personas, mayoritariamente jóvenes (19-24 años) y adolescentes (14-18 años), con solo 23 encuestados de 13 años o menos. Los resultados evidenciaron que antes de la pandemia, el 44,1% de los adolescentes y el 44,0% de los jóvenes presentaban problemas psicológicos. Durante la pandemia:

- El 80% de niños y jóvenes se mostraron preocupados por su estado psicológico (ansiedad, insomnio, irritabilidad y tristeza).
- Más del 80% de adolescentes y jóvenes experimentaron menor concentración que antes.
- El 70,7% de adolescentes y 79,9% de jóvenes mostraron aumento en síntomas de ansiedad y depresión.
- El 59,9% de los adolescentes reportó síntomas depresivos y el 49,1% síntomas ansiosos.
- El 22,2% manifestó ideación suicida.

Estos resultados evidencian la gravedad del deterioro emocional en adolescentes durante la pandemia (Relaciones Inteligentes, 2020).

1.5 Problematicación inicial

A nivel mundial, las consecuencias de la pandemia han dejado secuelas significativas en la población, especialmente en términos de salud mental. Este fenómeno ha provocado un aumento considerable de los indicadores asociados a trastornos emocionales y conductuales, afectando transversalmente a niños, jóvenes y adultos. Sin embargo, actualmente, la preocupación principal se centra en el incremento exponencial de diagnósticos relacionados con trastornos emocionales en adolescentes, particularmente aquellos vinculados con la sintomatología ansiosa y depresiva. Esta situación constituye una alarma crítica para los sistemas de salud pública.

En Chile, esta problemática no es ajena. Las cifras más recientes han despertado la atención y preocupación de distintas áreas de intervención, lo que revela un escenario preocupante. La Defensoría de la Niñez, en su diagnóstico anual sobre la situación de los derechos de la niñez y adolescencia del año 2024, alerta sobre un deterioro considerable en la salud mental adolescente. Según este informe, el 52,9% de los estudiantes de enseñanza media de la zona norte de Santiago cumple con criterios para uno o más problemas de salud mental: un 35,2% presenta cuadros depresivos, un 25,9% ansiedad generalizada y un 28,2% consumo problemático de sustancias. A esto se suma un aumento del 37% en la tasa de suicidio entre 2021 y 2022, con un preocupante incremento del 44% en adolescentes de 14 a 17 años, reflejando

un alza significativa en los pensamientos suicidas en esta población (Coval, 2024). Estos datos coinciden con los hallazgos del Observatorio de Salud Mental Chile (2024), cuyo informe revela que el 38% de la población infantojuvenil presenta síntomas depresivos, el 28% sintomatología ansiosa, y el 22% riesgo suicida.

Frente a este escenario, se hace urgente fortalecer los programas destinados tanto a la prevención como al tratamiento de trastornos mentales en adolescentes, orientados a mejorar su bienestar emocional. No obstante, las estadísticas no sólo evidencian el alto porcentaje de adolescentes que padecen estas dificultades, sino también la complejidad para acceder a una atención adecuada, existiendo una brecha considerable en cuanto a la calidad de la atención, disponibilidad de infraestructura y escasez de profesionales, situación que impide dar respuesta efectiva a la creciente demanda y que, por lo tanto, configura un serio problema de salud pública.

Aunque la pandemia agudizó esta crisis, señalar que el origen de la sintomatología ansiosa y depresiva a este único factor es un error. La salud mental responde a múltiples condiciones contextuales como las gubernamentales, sociales, económicos, culturales, familiares e individuales. Por ello, resulta crítico analizar el fenómeno desde una perspectiva integral, teniendo en consideración tanto los procesos de interacción como los factores estructurales que impactan en el bienestar adolescente. De esta manera, sólo mediante un enfoque integral será posible comprender y abordar efectivamente esta problemática, evitando manejarla como un fenómeno aislado.

En este marco, es clave considerar que la adolescencia constituye una etapa vital del desarrollo, que se caracteriza por presentar cambios físicos, cognitivos y emocionales que pueden influir positiva o negativamente en la construcción de la identidad, debido a la presión del entorno, sumada a las propias transformaciones internas, lo que tiene como consecuencia una mayor vulnerabilidad emocional. En la actualidad, los adolescentes están inmersos en un entorno saturado de estímulos tecnológicos, redes sociales y patrones culturales que impactan directamente en la forma en que se perciben. Esta exposición constante a modelos idealizados de éxito, belleza y felicidad, sin una capacidad crítica suficiente o un respaldo afectivo sólido, puede derivar en una sensación persistente de insuficiencia, debilitando el autoconcepto y afectando su desarrollo integral.

A ello se suman las consecuencias relacionadas con experiencias tempranas adversas, la falta de comunicación a nivel familiar, la presión de los pares y una autoexigencia creciente, factores que inciden directamente en la aparición de síntomas ansiosos y depresivos. Por lo tanto, cuando no se cuenta con un entorno que favorezca el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales, el riesgo de desarrollar trastornos mentales se incrementa significativamente. Esta carencia de contención y regulación emocional, sumada a la falta de espacios seguros en donde puedan exponer de forma clara y tranquila sus emociones y/o pensamientos, afectan gravemente la capacidad de los adolescentes para enfrentar las demandas cotidianas.

Es de conocimiento común que a lo largo del ciclo vital se presentan momentos de crisis o de confusión emocional. Sin embargo, durante la adolescencia, estas dificultades pueden intensificarse debido al proceso de construcción identitaria. Sin embargo, en muchas ocasiones, los síntomas asociados a trastornos mentales son erróneamente interpretados como simples comportamientos propios de la etapa, lo que impide una identificación oportuna del problema y contribuye a intensificar el malestar.

En este contexto, la familia adquiere un rol fundamental, ya que esta debe constituirse como un espacio de protección emocional y contención afectiva, facilitando la regulación de emociones y la construcción

de vínculos saludables. Por lo tanto, la forma en que los padres ejercen su rol influye directamente en el desarrollo emocional de sus hijos, siendo crucial analizar cómo los estilos de crianza inciden en el bienestar adolescente. Adicionalmente, las transformaciones sociales y culturales en los últimos años han modificado profundamente las dinámicas familiares, diversificando los modelos parentales y afectando la forma en que se estructura la crianza. Este cambio ha permitido clasificar los estilos parentales según el impacto que tienen en el desarrollo de los hijos.

Cuando las dinámicas familiares se caracterizan por la negligencia, el impacto puede ser particularmente perjudicial durante la adolescencia. La falta de apoyo, atención y guía impide el desarrollo de estrategias adaptativas para enfrentar las dificultades. Además, la ausencia de contención emocional obstaculiza la posibilidad de que los adolescentes desarrollen insight y reconozcan los efectos negativos de ciertas condiciones en su vida diaria. Esta invisibilización del malestar facilita su normalización y, en consecuencia, el agravamiento de los cuadros ansioso y depresivos.

El interés por comprender el funcionamiento familiar y su impacto en el desarrollo de los hijos ha dado origen a diversos modelos teóricos, destacando el modelo de Diana Baumrind y sus cuatro estilos parentales. Esta clasificación demuestra cómo las interacciones parentales afectan el desarrollo emocional y social de los hijos. En este sentido, el estilo autoritativo se asocia con mayores niveles de autoestima, habilidades sociales y resiliencia emocional, mientras que los estilos autoritario o negligente se relacionan con un mayor riesgo de ansiedad y depresión, al limitar la construcción de una identidad sólida y dificultar la regulación emocional (Baumrind, 1991). Posteriormente, Maccoby y Martin profundizaron en este modelo incorporando variables socioeconómicas y culturales que enriquecen la comprensión del impacto del estilo parental en el contexto actual (Maccoby & Martin, 1983).

Por consiguiente, la evidencia empírica sugiere que el estilo negligente guarda una relación directa con el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva, ya que los adolescentes tienden a reproducir los modelos internalizados durante su infancia. Por tanto, el involucramiento activo de los padres y cuidadores, mediante prácticas de crianza positivas, puede marcar una diferencia significativa en el desarrollo emocional y en la prevención de trastornos mentales.

En este sentido, los programas de psicoeducación familiar emergen como una estrategia eficaz para disminuir la sintomatología emocional en adolescentes, por lo tanto estas intervenciones permiten que los padres comprendan el impacto de sus conductas en el bienestar emocional de sus hijos y adquieran herramientas que promuevan un entorno familiar basado en la empatía, la comunicación y la validación emocional. En este sentido, el desarrollo de habilidades parentales no solo contribuye a la detección temprana de señales de riesgo, como los pensamientos suicidas, sino que también fortalece los vínculos afectivos, facilitando un apoyo oportuno y efectivo.

Reconocer que el suicidio adolescente no es un acto repentino, sino el resultado de múltiples factores interrelacionados como el aislamiento, el trauma, la falta de apoyo emocional y la imposibilidad de expresar e incluso de reconocer el sufrimiento, refuerza la necesidad de implementar estrategias de prevención y acompañamiento desde el contexto familiar.

Frente a la creciente crisis de salud mental en adolescentes, no basta con reconocer su magnitud sino que se ha transformado en una necesidad real de actuar. Diseñar e implementar intervenciones basadas en modelos teóricos sólidos y respaldados por evidencia empírica permite no solo mitigar los efectos de estilos parentales inadecuados, sino también prevenir el desarrollo de trastornos mentales más graves. La incorporación de estos programas en espacios de salud pública, instituciones privadas e incluso en el

ámbito escolar, a través de talleres, charlas y evaluaciones, puede contribuir significativamente a reducir la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

En definitiva, aunque el impacto de las problemáticas de salud mental en adolescentes ya es evidente, sus consecuencias a largo plazo aún no se dimensionan completamente. Los jóvenes que hoy enfrentan estas dificultades están a punto de ingresar a la adultez y deberán hacerlo con herramientas no solo cognitivas y físicas, sino también emocionales. Si no se interviene a tiempo, estos trastornos podrían afectar su desarrollo futuro en el ámbito personal, profesional y social. Por ello, abordar esta problemática de manera integral es clave para garantizar un desarrollo saludable y una integración positiva en la sociedad.

En base a lo antes descrito, la pregunta clínica es la siguiente:

¿De qué manera la psicoeducación a padres que se caracterizan por presentar un estilo parental negligente permite disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes que han experimentado experiencias tempranas adversas?

II. Diagnóstico

2.1 Objetivos de diagnóstico

Pregunta Diagnóstica:

¿Cuáles son las características de los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes con experiencias tempranas adversas cuyos padres presentan un estilo parental negligente?

Objetivo General:

Describir los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes que han experimentado experiencias tempranas adversas cuyos padres presentan un estilo parental negligente.

Objetivos Específicos:

- Describir los síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos en adolescentes con padres que presentan un estilo parental negligente.
- Describir los síntomas físicos asociados a cuadros depresivos en adolescentes con padres que presentan un estilo parental negligente.
- Describir los síntomas emocionales asociados a cuadros ansiosos en adolescentes con padres que presentan un estilo parental negligente.
- Describir los síntomas emocionales asociados a cuadros depresivos en adolescentes con padres que presentan un estilo parental negligente.
- Describir los síntomas conductuales asociados a cuadros ansiosos en adolescentes con padres que presentan un estilo parental negligente.
- Describir los síntomas conductuales asociados a cuadros depresivos en adolescentes con padres que presentan un estilo parental negligente.

2.2 Diseño de la estrategia de levantamiento de información

En cuanto a los instrumentos utilizados para la recolección de datos se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas.

1. *Observación Clínica*: La técnica de observación clínica, entendida como una herramienta diagnóstica que permite recopilar información detallada sobre la conducta, las emociones y las interacciones del paciente en su entorno inmediato (Izcarra, 2014), resulta fundamental para el logro de los objetivos de este estudio. Su aplicación facilita el análisis del lenguaje verbal y no verbal del adolescente, permitiendo triangular dicha información con los datos obtenidos desde instrumentos cuantitativos y entrevistas clínicas, fortaleciendo así el proceso diagnóstico. En relación con los objetivos específicos, esta técnica permite identificar de manera directa los síntomas físicos, emocionales y conductuales asociados tanto a los cuadros ansiosos como depresivos en adolescentes. En primer lugar, respecto a los síntomas físicos de la ansiedad y la depresión, la observación clínica posibilita registrar indicadores tales como tensión muscular, inquietud motora, fatiga, cambios posturales, somnolencia, entre otros, que muchas veces no son verbalizados pero sí evidentes a nivel conductual.

En segundo lugar, frente a los síntomas emocionales, la observación de la expresión facial, la reactividad emocional, el tono de voz o la disposición corporal, permite inferir estados internos como el miedo, la tristeza, la irritabilidad o la preocupación constante, los cuales pueden pasar desapercibidos si no se cuenta con un espacio de observación atenta y sistemática. Finalmente, en cuanto a los síntomas conductuales, esta técnica permite reconocer patrones como la evitación, la inhibición, la impulsividad, la pasividad o la desconexión social, que son claves para caracterizar la sintomatología asociada a ambos cuadros clínicos. Dado que los adolescentes frecuentemente enfrentan dificultades para verbalizar sus experiencias emocionales, la observación clínica constituye una herramienta clave para acceder a información implícita, favoreciendo un abordaje comprensivo y contextualizado del malestar psicológico que presentan.

2. *Entrevista Semi-Estructurada*: definida como una técnica que permite la recolección de información a través de un diálogo flexible entre el entrevistador y el entrevistado (López y Pérez, 2011), se presenta como una herramienta clave para profundizar en la comprensión de los síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes, en este caso en K. Esta técnica permite adaptar las preguntas en función de las respuestas, generar un clima conversacional de confianza y ampliar el acceso a la experiencia subjetiva, lo que enriquece el análisis cualitativo de las variables. En relación con los objetivos propuestos, esta técnica contribuye de forma significativa a la descripción de los síntomas físicos, emocionales y conductuales asociados a los cuadros ansiosos y depresivos. Esta flexibilidad permite explorar en mayor profundidad las dificultades expresados por los adolescentes, más allá de respuestas cerradas, pudiendo acceder a descripciones detalladas sobre síntomas físicos, emocionales y conductuales.

3. *Entrevista Videograbada*: Es una técnica para recolectar datos que hace uso del video como herramienta de investigación social, permitiendo registrar y documentar de manera detallada las interacciones y discursos desde una perspectiva sociolingüística. Esto posibilita revisar las sesiones para un análisis más profundo, apoyar la triangulación de la información y utilizar el material como evidencia en la interpretación de resultados (Miano et al., 2008). Su implementación durante este proceso de intervención en las sesiones presenciales permite observar con precisión elementos del lenguaje verbal y no verbal, así como cambios corporales o conductuales que puedan emerger en relación con los temas abordados. Esta técnica resulta especialmente útil para identificar signos y síntomas asociados a cuadros

ansiosos y depresivos, tanto físicos como emocionales y conductuales, ya que proporciona un registro fidedigno que puede ser revisado cuantas veces sea necesario, disminuyendo sesgos de observación o interpretación.

A nivel cuantitativo se utilizaron las escalas DASS-21, BDI-2 y PHQ-9, ya que al aplicarlas de manera conjunta permiten obtener ventajas clínicas y metodológicas. En primer lugar, permite una evaluación más integral al combinar escalas que miden distintas dimensiones del malestar psicológico, debido a que el DASS-21 evalúa simultáneamente los niveles de depresión, ansiedad y estrés, el BDI-2 proporciona una exploración profunda de la sintomatología depresiva desde una perspectiva cognitiva y el PHQ-9 permite identificar y clasificar la gravedad de la depresión según los criterios del DSM-IV. Esta combinación favorece la triangulación diagnóstica, aumentando la precisión en la detección y disminuyendo el riesgo de falsos negativos. Además, al tratarse de instrumentos breves, de fácil aplicación y con adecuados niveles de fiabilidad y validez en población adolescente, se optimiza el tiempo clínico sin sacrificar la calidad de la evaluación. En conjunto, su aplicación fortalece el diagnóstico, facilita la planificación de intervenciones que se ajusten de mejor manera a las necesidades individuales para poder obtener un mejor seguimiento en relación a la evolución clínica del paciente.

1. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) (Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 Ítems): Esta escala fue desarrollada por P. F. Lovibond y S. H. Lovibond en 1995 y es utilizada para medir tres dimensiones de malestar emocional: depresión, ansiedad y estrés. Es una prueba de autoinforme y consta de 21 ítems distribuidos en tres dimensiones, depresión, ansiedad y estrés, donde 7 ítems responden a cada una de estas dimensiones. Los ítems se responden utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos, donde el sujeto debe indicar con qué frecuencia ha experimentado las emociones o síntomas mencionados en el ítem durante la semana previa, donde 0 corresponde a “Nunca” y 3 a “Casi siempre”. Para la interpretación de la puntuación se deben multiplicar los resultados de cada dimensión por 2, esto se debe a que el DASS-21 tiene la mitad de ítems que el DASS-42, y la multiplicación por 2 estandariza los resultados para que sean comparables con los del DASS-42. En cuanto a las normas de interpretación, se realiza de acuerdo a la puntuación, siendo posible categorizar el nivel de malestar emocional de la siguiente forma para cada una de las tres dimensiones: normal, leve, moderado, severo y muy severo (Crawford & Henry, 2003). De esta manera los rangos por cada dimensión se observan en la Tabla 3:

Tabla 3

Resumen de dimensiones y rangos de interpretación por puntuación

Depresión	Ansiedad	Estrés
0-9 = Normal	0-7 = Normal	0-14 = Normal
10-13 = Leve	8-9 = Leve	15-18 = Leve
14-20 = Moderado	10-14 = Moderado	19-25 = Moderado
21-27 = Severo	15-19 = Severo	26-33 = Severo
28-42 = Muy severo	20-42 = Muy severo	34-42 = Muy severo

Nota: Adaptado de *The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample* por Crawford & Henry, 2003. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111–131.

En Chile, la escala DASS-21 fue adaptada y validada por Román, Vinet y Alarcón (2014) en una muestra de 448 estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Temuco. La escala mostró una alta consistencia

interna, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0.81 y 0.87 para cada dimensión. En cuanto a la validez, presentó evidencia de validez factorial, convergente y discriminante, confirmando que mide adecuadamente las tres dimensiones de malestar emocional: depresión, ansiedad y estrés (Román, Vinet & Alarcón, 2014). Para mayor detalle, ver Cuestionario DASS-21 respondido por K. en el Anexo 1.

2. *El Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)*: Es un instrumento de autoevaluación diseñado para medir la gravedad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Esta segunda versión del inventario original fue desarrollada por Aaron T. Beck, junto a Robert A. Steer y Gregory K. Brown, y publicada en 1996, con el fin de alinear los ítems del instrumento con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor (Beck et al., 1996). A diferencia de su predecesor, el BDI-2 incluye ítems actualizados que abordan aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y somáticos de la depresión.

El instrumento consta de 21 ítems, cada uno de los cuales describe una serie de afirmaciones ordenadas jerárquicamente según la intensidad del síntoma depresivo. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 0 a 3, donde 0 indica ausencia del síntoma y 3 representa su mayor severidad. Los síntomas evaluados incluyen tristeza, pérdida de interés, alteraciones del sueño y apetito, sentimientos de culpa e inutilidad, fatiga, ideación suicida, entre otros. La puntuación total se obtiene al sumar los valores de los 21 ítems, con un rango posible de 0 a 63 puntos.

Las categorías para interpretar la severidad de los síntomas depresivos son las siguientes (Beck et al., 1996):

- 0–13: Depresión mínima o ausente
- 14–19: Depresión leve
- 20–28: Depresión moderada
- 29–63: Depresión grave

El BDI-2 ha demostrado poseer excelentes propiedades psicométricas, incluyendo una alta consistencia interna con coeficientes de alfa de Cronbach superiores a 0.90, así como una buena validez convergente con otros instrumentos como el PHQ-9 y la Escala de Depresión de Hamilton (Wang & Gorenstein, 2013). En el contexto chileno, ha sido adaptado y validado transculturalmente para su aplicación en población adolescente. Un estudio realizado por Melipillán, et al. (2008) evaluó sus propiedades psicométricas en una muestra de adolescentes chilenos, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.91, lo que demuestra una alta fiabilidad. Además, se evidenció una correlación test-retest de $r = 0.66$ y una validez convergente de $r = 0.82$ con la escala afectiva del MACI, además de una estructura factorial bifactorial bien definida. Estos resultados respaldan el uso del BDI-2 como un instrumento confiable y válido para la evaluación del estado depresivo en adolescentes en contextos clínicos y comunitarios.

La aplicación del BDI-2 en adolescentes permite realizar una detección oportuna de síntomas depresivos, lo cual resulta fundamental considerando que la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable al desarrollo de trastornos del estado de ánimo. El uso de instrumentos estandarizados como el BDI-2 facilita no solo el monitoreo del estado emocional, sino también la planificación e implementación de estrategias terapéuticas tempranas, lo que contribuye significativamente a la prevención de consecuencias psicológicas a largo plazo. Para mayor detalle, ver Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) respondido por K. en el Anexo 2.

3. *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*: Este cuestionario es una herramienta de autoevaluación (o auto-reporte) utilizada para medir la gravedad de los síntomas depresivos de acuerdo a los criterios del DSM-IV y fue desarrollado por Kroenke, Spitzer y Williams en el año 2001. Este cuestionario consta de 9 ítems, cada uno de los cuales se encuentra relacionado con un síntoma común de la depresión como la tristeza, fatiga, entre otros, por lo que no responde a una estructura por dimensiones, sino más bien los 9 ítems evalúan estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, problemas de sueño, fatiga o falta de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, cambios en el apetito, pensamientos de suicidio o autolesiones y disfunción general debido a los síntomas depresivos.

Este instrumento utiliza una escala de tipo Likert de 4 puntos para evaluar la frecuencia de los síntomas depresivo en las últimas dos semanas, donde 0 es "Nunca" y 3 es "así todos los días". Para el análisis, la puntuación total se obtiene sumando las respuestas de los 9 ítems, dando un rango de puntuación de 0 a 27 y las normas de interpretación son las siguientes:

- 0-4: Sin depresión o depresión mínima: No se requieren intervenciones, aunque puede ser útil monitorear los síntomas.
- 5-9: Depresión leve: Es posible que se necesite una intervención mínima, como asesoramiento o monitoreo regular.
- 10-14: Depresión moderada: Se recomienda una evaluación clínica adicional y puede ser necesario considerar tratamientos psicoterapéuticos o farmacológicos.
- 15-19: Depresión moderadamente severa: Se sugiere tratamiento inmediato, con énfasis en psicoterapia y/o medicación.
- 20-27: Depresión severa: Indica la necesidad urgente de tratamiento especializado, que puede incluir psicoterapia intensiva y medicación.

El cuestionario, adicionalmente, presenta cuatro preguntas complementarias destinadas a evaluar temporalidad del ánimo depresivo, grado de disfuncionalidad que genera la sintomatología, ideas e intentos suicidas (Borghero, et al, 2018).

El PHQ-9 se adaptó transculturalmente para Chile mediante un proceso de dos traducciones directas desde la versión original en inglés. Posteriormente, se realizaron entrevistas cognitivas a una muestra de adolescentes sanos con el fin de evaluar la comprensión de las preguntas. Se entrevistó a 14 adolescentes sanos entre 15 y 18 años. El 43% (n = 6) eran mujeres y, como resultado, se evidenció una adecuada comprensión de las preguntas de la versión traducida y aplicada del PHQ-9. Los resultados de este estudio realizado en 245 adolescentes entre 15 y 19 años usuarios de cuatro CESFAM de la comuna de Puente Alto, y además un grupo de alumnos regulares de cuatro colegios particulares subvencionados de la misma comuna y de la comuna de Pedro Aguirre Cerda de Santiago. La muestra fue recolectada entre octubre de 2013 y mayo de 2016. Se excluyeron adolescentes que reportaran al momento de la evaluación uso de antidepresivos o estar en psicoterapia por estado depresivo. Los resultados señalan que el PHQ-9 presenta adecuadas propiedades para la pesquisa de ED en adolescentes chilenos. En el análisis de consistencia interna el PHQ-9 obtuvo un valor del alfa de Cronbach de 0,78 (IC 95%: 0,71-0,84), lo cual garantiza la fiabilidad del instrumento. En relación a la validez concurrente, esta se evaluó mediante la correlación del PHQ-9 con el BDI, encontrando un nivel de correlación de 0,72 (IC 95%: 0,64-0,78), lo cual evidenció una alta correlación positiva entre ambos instrumentos (Borghero, et al, 2018). La aplicación de este instrumento tiene como objetivo realizar una detección del estado depresivo del sujeto en estudio para con ello desarrollar un plan de intervención, considerando que durante la adolescencia poder

Intervenir en la calidad de su salud mental permitirá mejorar el bienestar en la adultez, por lo tanto resultan ser una herramienta que aporta a la detección temprana y de esta manera permite la implementación de un tratamiento oportuno. Para mayor detalle, ver Cuestionario phq-9 respondido por K. en el Anexo 3.

2.3 Análisis de los resultados del diagnóstico

En el marco de la evaluación realizada, se identifican indicadores físicos, emocionales, conductuales y familiares que han incrementado el riesgo y favorecido el desarrollo de sintomatología compatible con un cuadro ansioso-depresivo en K. Los resultados obtenidos durante el proceso diagnóstico evidencian una afectación emocional significativa, caracterizada por niveles severos de depresión, ansiedad y, también, de estrés. Estas alteraciones podrían estar asociadas a experiencias tempranas adversas, así como a un estilo parental negligente por parte de la madre, factores que habrían contribuido al desarrollo de estrategias inadecuadas de regulación emocional.

A partir del objetivo general que busca describir los síntomas de ansiedad y depresión, es posible sostener, desde la observación clínica y de la entrevista semi-estructurada, que en K. se evidencian síntomas a nivel físico, emocional y conductual, siendo posible identificar desde de su relato como también de su lenguaje no verbal síntomas ansiosos como sudoración de manos, aumento en la frecuencia cardiaca, dificultad para respirar, tensión muscular y sensación de nudo en el estómago. Estos síntomas se detallan a partir de la descripción de las dificultades diarias, tocándose las manos, siendo evidente su tensión física, además menciona que su capacidad de ingesta de alimentos se ha visto disminuida *“debido a la sensación de estómago apretado, por lo que no puede comer o simplemente no siente hambre”*. A nivel emocional, logra reconocer que presenta dificultades para relajarse, señalando *“estar siempre en alerta o al menos en escenarios en los cuales no logra controlar todas las variables aumenta su sensación de inseguridad que activa rápidamente su miedo intenso”*, condiciones que han generado la incapacidad para salir sola de casa, situación que se ha mantenido por alrededor de dos años, lo que ha generado que a la fecha no cuente con redes de apoyo externas a su familia y tampoco ha podido mantener relaciones de amistad, que hoy se limitan a cero. Asimismo, menciona que anímicamente *“se siente irritable, se siente atacada por los comentarios de su mamá y sus familiares, lo que en ocasiones ha generado que tenga mucha pena y rabia al mismo tiempo, llegando a sacar toda la ropa de su closet, botar las decoraciones de sus repisas e incluso a romper algunas cosas que serían importante para ella”*.

En cuanto a los síntomas depresivos, menciona *“no tener ganas de nada, que se levanta con dificultad, incluso que su día parte entre las cuatro o cinco de la tarde un poco antes que llegue su mamá, y que lo hace para evitar discusiones, ya que por ella no lo haría”*. Esta condición se ha ido agudizando a las dificultades para conciliar el sueño, mencionando que utiliza el teléfono hasta las 2 o 3 de la madrugada para ver videos. Considera que con el tiempo ha perdido la sensación de disfrute de las actividades que antes realizaba como jugar a la pelota o andar en bicicleta, ya que prefiere quedarse en su casa. También refiere *“sentirse inútil, ya que con quienes se relaciona están en constante recordatorio de sus fracasos académicos y que además se ha transformado en una carga para su mamá”*, mencionando que incluso su madre en reiteradas ocasiones ha señalado que *“esta aburrida que sea tan floja y que no haga nada”*. Refiere que hace un tiempo tuvo ideas suicidas, las que incluso llegaron a sentir la necesidad de tomar un corta cartón para realizar pequeños cortes en sus brazos, pero que por miedo desistió.

En términos cuantitativos, la puntuación obtenida en el DASS-21, evidencia una afectación emocional significativa en las tres áreas evaluadas pudiendo categorizar los niveles de ansiedad, depresión y estrés dentro del rango muy severo. De esta manera, los resultados por cada dimensión indican:

- *Escala de Ansiedad*: señala un nivel ansioso muy severo con 24 puntos en total, lo que evidencia la presencia de síntomas tales como tensión excesiva, nerviosismo constante y dificultad para relajarse, condiciones que interfieren significativamente en su bienestar general y en su capacidad para funcionar de manera adecuada frente a las exigencias de su entorno.
- *Escala de Depresión*: indica una categoría de depresión muy severa con 38 puntos en total. Este resultado refleja la presencia de síntomas permanentes como tristeza profunda, pérdida de interés en actividades que anteriormente eran placenteras, fatiga persistente, dificultades en la concentración, sentimientos de desesperanza y baja autoestima, por lo que estos síntomas son indicativos de una afectación emocional con un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que previamente eran disfrutadas, lo cual es consistente con síntomas de fatiga y desinterés, fatiga o pérdida de energía y sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- *Escala de Estrés*: revela un estado de estrés muy severo con 34 puntos en total. Este resultado indica una elevada tensión a nivel psicológico y físico, manifestándose por medio de síntomas tales como sensación de sobrecarga, dificultad para manejar las demandas diarias y una elevada activación fisiológica (palpitaciones, dolores musculares), afectando gravemente el bienestar general.

Respecto al BDI-2, esta prueba obtiene 33 puntos, puntaje que se ubica dentro del rango de clasificación de depresión grave. Este resultado es consistente con el resultado obtenido en la prueba anteriormente descrita, evidenciando una afectación significativa tanto a nivel emocional como cognitivo, que permite sostener, desde una perspectiva cuantitativa, que el cuadro ansioso-depresivo de K. se encuentra en una categoría de alto riesgo clínico. En complemento, el PHQ-9 arroja un puntaje de 24 puntos, lo que nuevamente sitúa a K. en una categoría de depresión severa. De este modo, los tres instrumentos utilizados coinciden en clasificar la sintomatología reportada dentro del nivel de mayor severidad, lo que respalda la consistencia diagnóstica y la necesidad de una intervención oportuna e intensiva.

A partir de los resultados obtenidos, se concluye que K. presenta niveles muy severos respecto a los síntomas asociados a trastornos de ansiedad y depresión. Esta sintomatología se muestra coherente con el relato clínico, que evidencia una falta de apoyo emocional y escasa atención por parte de la madre, cuyas prácticas parentales de tipo negligente habrían contribuido al desarrollo de síntomas emocionales persistentes. Esta dinámica relacional podría haber interferido significativamente en la construcción de la autoestima, la seguridad personal y las estrategias de afrontamiento emocional de K., dada la ausencia de un proceso adecuado de co-regulación afectiva, lo cual explicaría en parte las dificultades actuales en la gestión emocional y el afrontamiento frente a situaciones estresantes.

Desde el enfoque del modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2006), estos síntomas no deben entenderse únicamente desde una perspectiva individual, sino como resultado de las múltiples interacciones entre K. y su entorno, especialmente dentro de su microsistema familiar, donde las relaciones con sus cuidadores primarios tienen una influencia directa sobre su bienestar emocional. Así, desde un nivel individual, es posible interpretar los síntomas ansiosos como una respuesta emocional

frente a situaciones estresantes, ante las cuales K. carece de estrategias de afrontamiento adaptativas, mostrando en su lugar una tendencia a la irritabilidad y al malestar persistente.

En este sentido, la familia de K. no mantiene relaciones de apoyo ni al interior del núcleo familiar ni con su comunidad. Su participación en redes sociales y programas estatales es nula, limitándose exclusivamente al uso de servicios de salud pública. Esta desconexión del entorno comunitario restringe significativamente las oportunidades de K. para acceder a recursos que favorezcan su bienestar emocional. No realiza actividades deportivas ni forma parte de grupos sociales o programas juveniles, lo que restringe sus espacios de distensión, socialización y desarrollo de redes de apoyo. Esta carencia de vínculos significativos refuerza su aislamiento, limitando su capacidad para afrontar las dificultades que experimenta. Durante las sesiones, se ha observado en K. un patrón de ideas limitantes en torno a sus oportunidades y recursos disponibles, alimentado por un discurso materno centrado en las dificultades económicas y en la baja disposición de K. por ser más que ella. Esta narrativa familiar parece haber generado en K. un pensamiento rumiante sobre las limitaciones y obstáculos, afectando negativamente su percepción del futuro, debilitando su motivación y reforzando sus niveles de inseguridad, ansiedad e incertidumbre. En consecuencia, estas condiciones podrían estar interfiriendo tanto en su desarrollo psicoemocional como en su funcionalidad cotidiana.

Desde un enfoque estructural, siguiendo el modelo de Minuchin (1974), se observa que el sistema familiar de K. presenta patrones disfuncionales marcados por límites rígidos y roles desorganizados. La escasa participación de la familia en redes comunitarias, la ausencia de actividades recreativas y la falta de contención emocional reflejan una estructura familiar desligada, desvinculada, caracterizándose por una independencia excesiva y distancia emocional entre sus miembros, condición que impide establecer subsistemas funcionales y límites adecuados. La relación entre K. y su madre parece estar caracterizada por una desvinculación afectiva y una ausencia de jerarquía clara, elementos que, según Minuchin, afectan directamente la organización del sistema familiar e impiden la adaptación adecuada frente al estrés. En este contexto, la falta de una estructura parental coherente no solo debilita los vínculos protectores, sino que también dificulta el desarrollo de habilidades de afrontamiento y regulación emocional.

La evaluación clínica mediante el DASS-21, BDI-2 y PHQ-9 respalda este análisis, mostrando niveles severos de depresión, ansiedad y estrés. Estos indicadores, combinados con los patrones familiares descritos, sugieren que el malestar de K. no puede entenderse de forma aislada, sino como resultado de un sistema familiar que no provee los apoyos estructurales y afectivos necesarios. Por lo que la intervención clínica debe centrarse no solo en los síntomas individuales, sino también en la reestructuración del sistema familiar, fortaleciendo los límites, roles y jerarquías que permitan a K. desarrollarse en un entorno más seguro, organizado y emocionalmente nutritivo.

Por consiguiente, es posible señalar que se han cumplido los objetivos específicos planteados, ya que ha sido posible describir tanto los síntomas físicos, emocionales y conductuales de K. en relación a la capacidad de identificar, describir y relatar los síntomas presentes en su cotidianidad. A raíz de la evidencia empírica obtenidos de los síntomas físicos, emocionales y conductuales asociados a cuadros ansiosos y depresivos, es posible describir que la ansiedad se ha manifestado al presentar nerviosismo constante, tensión excesiva y dificultad para relajarse. Lo mismo para la depresión, siendo posible describir la sintomatología física, emocional y conductual, la que se caracteriza por presentar un estado

de ánimo deprimido, de pérdida de interés, de placer, presentar estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución de la capacidad para concentrarse, marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, fatiga o pérdida de energía e ideación suicida.

Por consiguiente, la interacción con la familia cumple un rol fundamental en este proceso de identidad, no obstante los adolescentes interactúan con su entorno y comunidad, en los cuales establecen redes de apoyo aportando a su bienestar emocional. De esta manera, al movilizarse en diversos sistemas, es necesario que cuenten con los recursos adecuados para mantener una interacción coherente entre los diferentes medios, por lo tanto, cuando es evidente en un joven conductas de aislamiento social, irritabilidad y dificultades emocionales, a lo que si además se suma la falta de apoyo familiar, esta condición se transforma en la combinación perfecta para el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva tal como se manifiesta en K.

Una de las limitaciones de este proceso de diagnóstico, es que se basa en un solo caso, lo que limita la capacidad de generalizar los hallazgos a una población más amplia. En este sentido la historia familiar y con ello las variaciones en los factores contextuales, culturales, de creencias, entre otros, influye de manera diferente en los adolescentes y por lo tanto las consecuencias a nivel emocional también pueden variar. Sería interesante poder desarrollar una investigación de carácter longitudinal considerando que es posible visualizar los efectos a largo plazo, por lo tanto el poder visualizar el comportamiento de variables tales como la negligencia parental y el impacto en la salud mental de los adolescentes podría apoyar el desarrollo de políticas públicas que tengan como visión la intervención a nivel familiar por medio de acciones multidisciplinarias pero que actúan de manera integral, es decir, que se trabaje de manera complementaria y en base a resultados recíprocos entre área para poder consolidar las mejoras y que los recursos se distribuyan de manera equitativa en la gestión de cada nivel.

Es importante tener en consideración que en Chile, los trastornos de ansiedad, depresión y estrés son temas de preocupación, ya que los datos sugieren una prevalencia considerable de estas problemáticas de salud mental, especialmente entre los adolescentes. Según estudios recientes, la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en jóvenes ha aumentado en los últimos años, como consecuencia de las complejidades socioeconómicas y familiares que atraviesa la población. La situación socioeconómica de muchas familias chilenas, caracterizada por altas tasas de pobreza y desigualdad social, puede estar influyendo significativamente en el bienestar emocional de los adolescentes, exacerbando los factores de riesgo asociados con los trastornos mentales. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 de Chile, más de un 30% de los adolescentes reportaron síntomas de ansiedad, y un porcentaje similar manifestó sentirse triste o decaído en la mayoría de los días durante las semanas previas a la encuesta. Estos datos evidencian la necesidad urgente de desarrollar políticas públicas que aborden la salud mental infantil y adolescente, enfocándose en la prevención y el tratamiento temprano de los trastornos emocionales.

En conclusión, los resultados obtenidos son un reflejo de la realidad que muchos adolescentes enfrentan como consecuencia a la falta de apoyo familiar y el contexto adverso en el que se desarrollan. Estos hallazgos subrayan la importancia de una intervención temprana y coordinada entre profesionales de la salud, la familia y la comunidad para mejorar el bienestar emocional de los jóvenes. A medida que la prevalencia de los trastornos emocionales aumenta, es crucial que se implementen estrategias de

intervención que consideren tanto el contexto familiar como los recursos sociales y comunitarios disponibles para los adolescentes.

Finalmente, aunque el análisis se basa en un estudio de caso, los hallazgos permiten vislumbrar líneas futuras de investigación, especialmente en el desarrollo de estudios longitudinales que evalúen el impacto de estilos parentales negligentes en la salud mental adolescente. Esto podría servir de base para programas comunitarios e intersectoriales que promuevan el fortalecimiento del núcleo familiar como estrategia preventiva en salud mental.

III. Intervención

3.1 Relevancia de la Intervención

La ansiedad y depresión en adolescentes representan hoy en Chile un indicador crítico en términos de salud mental, concentrando alrededor del 60% de las dificultades psicológicas en este grupo de la población según el informe de la Defensoría de la Niñez (2024), que se basa en encuestas aplicadas a jóvenes por el Observatorio de Derechos. A pesar de la existencia de políticas públicas orientadas a la salud mental, estas no abordan de manera específica la ansiedad y la depresión en adolescentes, lo que genera brechas significativas en la atención y tratamiento de estas patologías. Persisten, además, importantes limitaciones en la disponibilidad de programas especializados que respondan a las necesidades propias de esta etapa del desarrollo, así como en la capacitación de profesionales que intervienen en contextos escolares y comunitarios, dificultando así la implementación de intervenciones tempranas y eficaces (OPS, 2021; Minoletti, Sepúlveda & Horvitz-Lennon, 2012).

Estas problemáticas se acentúan en sectores rurales y en poblaciones vulnerables, donde el acceso a servicios de salud mental es aún más reducido. Según la Defensoría de la Niñez (2022), una parte considerable de los adolescentes no ha recibido atención en salud mental, y quienes sí acceden a ella enfrentan barreras como el alto costo, la escasa oferta de actividades preventivas y la limitada disponibilidad de servicios de promoción. Estudios recientes revelan, además, que solo una baja proporción de adolescentes con sintomatología ansiosa o depresiva recibe tratamiento adecuado, agravando esta situación por desigualdades asociadas a género, nivel socioeconómico, condición migratoria y estructura familiar (Salinas-Contreras et al., 2023). Asimismo, investigaciones previas destacan que, pese a avances en políticas públicas, persiste una distribución desigual de recursos y una débil planificación estratégica para la salud mental infanto-juvenil (De la Barra et al., 2019).

Desde el año 2000, Chile ha implementado diversas estrategias para abordar la salud mental en niños, niñas y adolescentes. Inicialmente, la política pública 2000-2010 priorizó temas como maltrato infantil y consumo de sustancias. En 2005 se incorporó al GES la esquizofrenia y en 2006 el trastorno depresivo en adolescentes mayores de 15 años (CIPER Chile, 2014). Más recientemente, en 2023 se fortaleció la Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas, buscando garantizar el bienestar emocional mediante atención especializada y acciones de promoción y prevención en escuelas (Gobierno de Chile, 2023). No obstante, aunque el programa HPV apunta a mejorar el bienestar psicosocial y el éxito escolar, no interviene directamente en trastornos específicos como la ansiedad y la depresión, dejando una brecha significativa en la atención en el ámbito escolar. Investigaciones de la Universidad de Santiago (2023) indican que el 70% de los adolescentes que consultaron en centros educativos públicos por ansiedad o depresión no recibieron tratamiento adecuado, evidenciando limitaciones del programa HPV para abordar estas patologías.

La reciente Política Nacional de la Niñez y Adolescencia y su Plan de Acción 2024-2032 plantean objetivos estratégicos alineados con esta intervención, como la detección temprana de factores de riesgo biopsicosocial, la promoción, prevención, tratamiento oportuno y especializado de trastornos mentales (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024). Sin embargo, aún no se dispone de evidencia sobre los resultados de estas metas. Por lo tanto, actualmente en Chile no existe una política pública o ley específica para trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes, sino que las estrategias se enfocan de forma general en la salud mental y bienestar emocional en escuelas.

La educación, como espacio de aprendizaje de habilidades socioemocionales, resulta clave para la prevención y mitigación de estos trastornos; sin embargo, la falta de oportunidades educativas y económicas fomenta la perpetuación de la pobreza, marginación y violencia, afectando la cohesión social y aumentando la dependencia estatal. Según Fundación Chile (2023), adolescentes vulnerables sin acceso a salud mental y educación de calidad tienen hasta un 60% más de riesgo de caer en pobreza en la adultez.

Por ello, es fundamental incorporar de manera preventiva y evaluativa las habilidades parentales en ámbitos de salud y educación, para identificar brechas en la crianza que impactan el bienestar emocional de los hijos. La detección temprana de estas carencias permite implementar instancias de formación y entrenamiento parental, enfocadas en fortalecer competencias clave como la regulación emocional, comunicación asertiva y establecimiento de límites adecuados, mejorando así el entorno familiar y promoviendo un desarrollo emocional saludable en los adolescentes.

Por tanto, la relevancia social de esta investigación radica en su capacidad para generar evidencia científica sobre intervenciones tempranas y multifactoriales dirigidas no solo a adolescentes con sintomatología ansiosa y depresiva, sino también a sus familias y entorno. Poder promover la salud mental en poblaciones vulnerables puede reducir significativamente el impacto negativo de estos trastornos en la trayectoria educativa, social y laboral futura, rompiendo ciclos de desventajas sociales y emocionales. Además, sensibiliza a la comunidad y a responsables políticos sobre la urgencia de priorizar recursos y programas para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de problemas de salud mental en la adolescencia.

Este enfoque integral reconoce la interacción entre factores individuales, familiares y contextuales, subrayando la necesidad de coordinación entre sistemas de salud, educación y servicios sociales para ofrecer respuestas contextualizadas, equitativas y accesibles. Al fortalecer capacidades parentales y escolares, se fomenta un ambiente protector que contribuye a la construcción de comunidades resilientes y cohesionadas, favoreciendo la reducción de problemas de salud mental y el bienestar general a largo plazo.

Esta intervención también promueve el uso de instrumentos cuantitativos que, si bien han sido validados principalmente en contextos evaluativos, aún carecen de respaldo empírico en relación con su sensibilidad para medir cambios producto del proceso terapéutico. Por lo que una segunda evaluación permitirá observar si el proceso de intervención genera una disminución significativa en la sintomatología ansiosa y depresiva, aportando de esta manera evidencia sobre la efectividad de las estrategias utilizadas. Este tipo de evaluaciones longitudinales son relevantes para el desarrollo de protocolos estandarizados de intervención dirigidos a la población adolescente.

Además, en el contexto chileno, instrumentos como el PHQ-9, forman parte de los programas de salud mental impulsados por el ministerio de salud. Por lo tanto, validar procesos de intervención en base a

parámetros iniciales de sintomatología, podría contribuir en la elaboración de estrategias integrales que no solo impacten las políticas públicas de salud mental, sino también sean incorporadas en contextos escolares. Esto permitirá promover herramientas prácticas desde diferentes disciplinas profesionales, fortaleciendo las habilidades de regulación emocional y con ello favoreciendo de manera significativa el bienestar emocional de los jóvenes.

En suma, la relevancia social y teórica de esta intervención reside en su potencial para transformar prácticas de cuidado, políticas públicas y estrategias educativas que promuevan una crianza positiva y una adolescencia saludable, generando un impacto duradero en el desarrollo de futuras generaciones.

3.2. Objetivos de la intervención

Objetivo General

Reducir los síntomas ansiosos y depresivos en K. quien ha vivenciado experiencias tempranas adversas cuya madre presenta un estilo parental negligente.

Objetivos Específicos

- Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.
- Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.
- Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva.
- Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
- Aumentar la frecuencia de interacciones sociales en K.

3.3. Plan de evaluación de los resultados de la intervención

Para medir el resultado del proceso de intervención se propone el siguiente plan de evaluación para cada uno de los objetivos:

1. *Objetivo*: Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.
 - *Indicador*: Reducción de la frecuencia semanal de síntomas físicos tensión muscular, palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, agotamiento, cambios en el apetito, alteraciones del sueño e inquietud física en K.
 - *Medio de verificación*: DASS-21, BDI-2 y PHQ-9.
 - *Criterio de logro por escala*:
 - I. **En el DASS-21**, se espera reducción de al menos 1 punto en las preguntas 2 (sequedad de boca), 7 (tensión muscular), 9 (preocupación por posibilidad de pánico), 15 (aumento frecuencia cardiaca), 20 (sensación de miedo sin motivo), las cuales tienen relación con síntomas físicos que responden a ansiedad y depresión.
 - II. **En el BDI-2**, se espera una reducción de un 17%, es decir, disminuir en el puntaje total de 5-6 puntos tras la intervención. Este criterio se sustenta en la investigación de Button et al. (2015), quienes identificaron que una disminución relativa de aproximadamente un 17.5% en la puntuación del BDI-II representa un cambio clínicamente significativo, al estar asociado con la percepción subjetiva de mejoría reportada por los propios pacientes. De esta manera, demostraron que utilizar un porcentaje relativo, en lugar de un número fijo de puntos,

permite ajustar el indicador al nivel de sintomatología inicial y evita la sub o sobreestimación de los cambios en función de la severidad inicial.

- III. **En el PHQ-9**, se espera reducir en las preguntas 3 (dificultad para dormir o dormir demasiado), 4 (cansancio o falta de energía), 5 (pérdida del apetito o comer en exceso) y 8 (agitación o lentitud motora observada por otros), relacionadas con la frecuencia de los síntomas físicos en cuadros depresivos por medio de un auto reporte en la evaluación de la frecuencia de los síntomas pasando de 3 “casi todos los días” a 1 “varios días”, permitiendo disminuir el puntaje total de la escala a una categoría de diagnóstico hacia una categoría de menor severidad.

2. **Objetivo:** Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.

- *Indicador:* Reducción de la intensidad de síntomas emocionales negativos como ánimo deprimido, irritabilidad, sensación de desesperanza, miedo, preocupación excesiva, tristeza profunda, culpa, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, sentimiento de fracaso en K.
- *Medio de verificación:* DASS-21, BDI-2 y PHQ-9.
- *Criterio de logro por escala:*
 - I. **En el DASS-21**, se espera reducción de 10 puntos en la escala de depresión, quedando en una categoría de depresión moderada o leve; de 5 puntos en la escala de ansiedad, quedando en una categoría de ansiedad moderada y de 4 puntos en la escala de estrés, ubicándose en una categoría de estrés normal. El DASS-21 ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para evaluar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en adolescentes chilenos. El estudio de validación evidenció diferencias significativas en las puntuaciones entre adolescentes con sintomatología clínica y aquellos sin ella, lo que respalda su sensibilidad para detectar cambios en la severidad sintomática. Por ello, una reducción de puntos que implique un cambio de categoría clínica (por ejemplo, de severa a moderada) puede considerarse un indicador confiable de progreso terapéutico (Antúnez & Vinet, 2012).
 - II. **En el BDI-2**, se espera una reducción del 15% en el puntaje total especialmente en ítems relacionados con aspectos emocionales como tristeza, desesperanza, culpa, autocrítica, pérdida de interés, irritabilidad, llanto, sentimientos de inutilidad o fracaso. Considerando que el inventario ha sido validado en la población adolescente chilena, confirma que el instrumento es adecuado para evaluar síntomas emocionales relevantes como tristeza, desesperanza, culpa, autocrítica, pérdida de interés, irritabilidad, llanto, y sentimientos de inutilidad o fracaso. Por lo tanto, una reducción del 15 % en el puntaje total, con especial atención a estos ítems emocionales, constituye un indicador válido y sensible de mejoría clínica en adolescentes que reciben intervención psicológica (Araneda et al., 2008).
 - III. **En el PHQ-9**, se espera reducir en las preguntas 1 (poco interés o placer en hacer cosas), 2 (sentirse decaído, deprimido o sin esperanzas), 6 (sentirse mal consigo mismo o que ha fallado) y 9 (pensamientos de que sería mejor estar muerto o hacerse daño), relacionadas con los síntomas emocionales negativos como tristeza, culpa y desesperanza por medio de un auto reporte en la evaluación de la frecuencia de los síntomas pasando de 3 “casi todos los días” a 1 “varios días”, permitiendo disminuir el puntaje total de la escala a una categoría de diagnóstico de depresión moderadamente severa. La evaluación de la frecuencia de estos síntomas mediante auto reporte permite identificar cambios clínicamente significativos, como la reducción de la frecuencia de “casi todos los días” a “varios días”. Esta disminución se refleja en una reducción del puntaje total que puede traducirse en un descenso a una categoría diagnóstica menos severa, como pasar de depresión moderadamente severa a un nivel menor (Borghero et al., 2018).

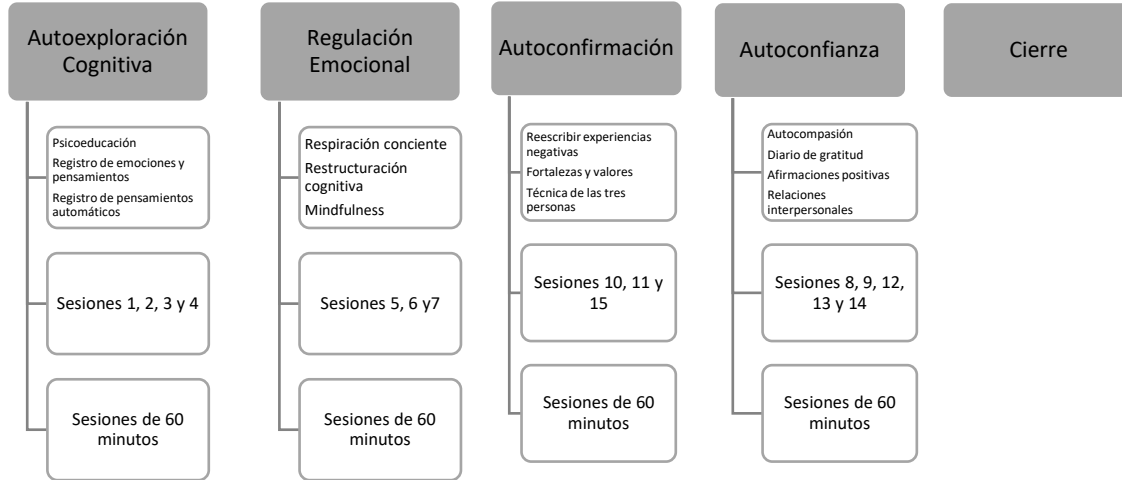
3. **Objetivo:** Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva.
 - **Indicador:** Incremento en la frecuencia del uso de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena frente a situaciones generadoras de malestar emocional en K.
 - **Medio de verificación:**
 - I. **Diario de autorregistro semanal:** durante 8 semanas, el adolescente registrará al menos 3 situaciones en las que experimente aumento de síntomas ansiosos o depresivos, detallando estrategia utilizada, intensidad percibida de los síntomas antes y después y autoevaluación de la efectividad (escala Likert de 1 = “nada efectiva” a 5 = “muy efectiva”).
 - II. **Frecuencia semanal:** se contabilizará el número total de veces que se aplicaron estrategias de regulación emocional en situaciones relevantes, mediante el mismo diario.
 - **Criterios de logro:** Se espera que K. utilice estrategias de regulación emocional al menos 3 a 4 veces por semana, mostrando un incremento progresivo a lo largo de las 8 semanas.

4. **Objetivo:** Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
 - **Indicador:** Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
 - **Medio de verificación:** Aplicación de una escala Likert de autopercepción de confianza al inicio y al término del proceso de intervención, donde 1 es “nada seguro” y 5 “muy seguro”.
 - **Criterios de logro:** Se espera un aumento mínimo del 35% en el puntaje promedio de autoconfianza reportado al final de la intervención, en comparación con el puntaje inicial.

5. **Objetivo:** Aumentar la frecuencia de interacciones sociales en K.
 - **Indicador:** Incrementar la frecuencia y la calidad de interacciones sociales positivas, tales como conversaciones significativas (presenciales y/u online), participación en actividades grupales (deportivas, sociales, familiares) y apoyo emocional entre pares, en adolescentes con síntomas de ansiedad y depresión. Esto se medirá a través del registro de interacciones sociales positivas por parte del adolescente y de su autopercepción sobre la calidad de estas interacciones.
 - **Medio de verificación**
 - I. **Registro semanal** K documentará semanalmente el número de interacciones usando una escala de 1 a 5, donde 1 "ninguna interacción" y 5 corresponde a "más de 4 interacciones".
 - II. **Encuesta de autoevaluación** al inicio y al final de la intervención, utilizando una escala Likert de 1 a 5 para medir la frecuencia general de interacciones sociales donde 1 "muy pocas" 5= "muy frecuentes".
 - **Criterios de logro:** Se espera un aumento del 50% en la cantidad promedio semanal de interacciones respecto al diagnóstico inicial.

3.4 Diseño de la estrategia de intervención

De acuerdo al diseño de la estrategia de intervención se presenta un diagrama de flujo que ilustra secuencia y temporalidad:



A modo ilustrativo, se incorpora un cronograma que detalla la secuencia y temporalidad de las actividades programadas a lo largo del proceso de intervención:

Tabla 4

Cronograma

Sesiones / Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Autoexploración Cognitiva	■	■	■	■												
Regulación Emocional					■	■	■	■								
Autoconfirmación											■				■	
Autoconfianza								■				■	■			

Fuente: Elaboración propia

Nota: Este cronograma corresponde a una planificación estimada, por lo cual podría sufrir ajustes con relación a los requerimientos en la evolución del proceso terapéutico.

A continuación, se detalla la descripción de cada una de las sesiones planificadas para el proceso de intervención en K.:

Sesión N1 ¿Qué pasa con mi cuerpo?

Objetivo: *Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido: Concepto de ansiedad y depresión

Materiales:

- Pizarra
- Plumones

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión y construcción de motivo del consulta
3. Tema: *Ansiedad y depresión como concepto*. Actividad: Lluvia de ideas con relación a lo que entiende, ha escuchado y/o conoce sobre la ansiedad y depresión
4. Desarrollo: Construcción de una definición por medio de los síntomas percibidos en relación a la ansiedad y depresión.
5. Tarea: En base a la conversación escribir qué síntomas físicos ha sentido en las últimas dos semanas
6. Resumen y cierre de sesión. Técnica de cierre ¿Con que te quedas hoy?

Sesión N2 ¿Qué pasa con mi cuerpo?

Objetivo: *Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Concepto de ansiedad y depresión
- Concepto síntoma

Materiales:

- Papel blanco
- Plumones

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Resumen de sesión anterior
3. Revisión de tarea:
4. Tema: *Ansiedad y depresión*. Actividad 1: Construcción del concepto ansiedad y depresión con sus diferencias y similitudes
Tema: *El síntoma*. Actividad 2: Lluvia de ideas en relación con el concepto síntoma usando el listado de síntomas identificados en tarea.
5. Desarrollo: Utilizar una hoja para la ansiedad y otra para la depresión, y comenzar a construir su definición, buscando relacionar con vivencias personales o situaciones frecuentes.
6. Tarea: Profundizar en vivencias cotidianas que detonan síntomas físicos. Escribir al menos 2 situaciones por día en los cuales percibió malestar físico.
7. Resumen y cierre de sesión. Técnica de cierre ¿Qué te gustaría entender o cambiar respecto a lo que sientes en tu cuerpo?

8. Breve reflexión de lo aprendido.

Sesión N3 Conexión Cuerpo y Mente

Objetivo: *Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Concepto síntoma
- Síntoma Físico

Materiales:

- Papel blanco
- Frascos con tapa
- Plumones y/o lápices de colores
- Tijeras

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Resumen de sesión anterior
3. Revisión de tarea: Chequeo de vivencias que generan cambios a nivel corporal y que nos hacen sentir diferentes.
4. Tema: *El síntoma*. Actividad: Escribir y recortar vivencias que generan síntomas y guardar en un frasco. Luego, escribir y recortar síntomas físicos que generan esas vivencias.
5. Desarrollo: Enfrascar por separado las vivencias desencadenantes y los síntomas físicos. Cada frasco se etiqueta y se van a casa hasta próxima sesión.
6. Tarea: Durante la semana rellenar con nuevas experiencias y síntomas para registrar como el cuerpo responde frente a diferentes demandas emocionales.
7. Resumen y cierre de sesión. Técnica de cierre ¿Qué crees que comienzas a identificar respecto a lo que sientes en tu cuerpo?
8. Breve reflexión de lo aprendido y sentido durante la sesión.

Sesión N4: Conexión Cuerpo-Mente: Reconociendo la influencia de las emociones en el cuerpo

Objetivo: *Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Relación cuerpo-mente: cómo nuestras emociones afectan el cuerpo
- El ciclo de pensamientos, emociones y síntomas físicos.

Materiales:

- Papel o diario
- Lápices de colores
- Cartulina

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión de sesión anterior: Recordar actividad de los frascos para relacionar la conexión entre vivencias y síntomas físicos.
3. Tema: *Reflexión sobre cómo las emociones y pensamientos afectan el cuerpo*. Actividad 1: Reflexión guiada: "Piensa en una situación reciente en la que te hayas sentido ansioso o triste.

¿Qué pensamientos vinieron a tu mente? ¿Cómo afectaron esos pensamientos a tu cuerpo? ¿Qué sentiste en tu cuerpo (por ejemplo, tensión, dolor, cansancio)?”

4. Desarrollo: Elaborar un mapa visual en el que se conecten las emociones asociadas sintomatología ansiosa y depresiva (tristeza, inseguridad, miedo, etc.) con síntomas físicos (taquicardia, dolores musculares, sudor de manos, etc.) y luego exponer brevemente sobre cómo los pensamientos y las emociones se manifiestan en tu cuerpo.
5. Tarea: Diario de reflexión: Registrar diariamente una situación donde hayas experimentado una emoción intensa (positiva o negativa) y describir cómo tu cuerpo reaccionó.
6. Resumen y cierre de sesión: Técnica de cierre: Círculo de aprendizaje: Reflexión sobre lo que aprendió de la conexión entre sus pensamientos, emociones y cuerpo.
7. Reflexión final: ¿Qué descubriste sobre ti mismo?

Sesión N5: Emociones y síntomas en mi cuerpo ¿Cómo interpreto lo que me pasa?

Objetivo: Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva.

Duración: 60 minutos

Contenido:

- La conexión entre pensamientos, emociones y síntomas físicos
- Estrategias de regulación emocional: respiración, reestructuración cognitiva y mindfulness

Materiales:

- Papel o diario
- Lápices de colores
- Pizarra
- Grabaciones de meditaciones guiadas (si se desea incluir mindfulness)

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión de la sesión anterior: Reflexionar sobre alguna situación reciente y comentar qué emociones y síntomas físicos se asociaron con estas emociones.
3. Tema: *La importancia de regular las emociones*. Actividad 1: Identificando las emociones y síntomas físicos. Reflexionar sobre cómo al ser consciente lo que sentimos en el cuerpo, podemos intervenir en los pensamientos que provocan o intensifican esos síntomas. Tema: *Definición y objetivos de la regulación emocional*. Actividad 2: Explicar qué es la regulación emocional y por qué es clave para manejar síntomas ansiosos y depresivos.
4. Desarrollo: Recordar una situación reciente de ansiedad o tristeza y comentar qué emociones y síntomas físicos se asociaron con estas emociones. Luego, en un ejercicio guiado, entrenar una estrategia de regulación emocional como la respiración profunda.
 - *Respiración profunda:* Enseñar técnica de inhalar por 4 segundos, sostener por 4 segundos y exhalar por 4 segundos para reducir la activación física.
4. Tarea: Continuar con el diario de emociones y síntomas, pero ahora deberá aplicar al menos una de las estrategias de regulación emocional como respiración profunda, reestructuración cognitiva o mindfulness y registrar si sintió aumento o disminución en sus síntomas.
5. Resumen y cierre de sesión. Técnica de cierre: “Lo que me llevo hoy”. Pedir que comparta brevemente lo que aprendió sobre la conexión cuerpo-mente y qué herramienta de regulación emocional les gustaría comenzar a aplicar esta semana.
6. Reflexión final: ¿Qué estrategia de regulación emocional te parece más útil o interesante?

Sesión N6: Si lo siento, lo puedo regular.

Objetivo: *Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- La conexión entre pensamientos, emociones y síntomas físicos.
- Pensamientos automáticos.
- Estrategias de regulación emocional: reestructuración cognitiva y mindfulness

Materiales:

- Manta
- Cojín
- Música suave
- Cartulina
- Plumones

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión de la sesión anterior: ¿Cómo ha sido poder ser consciente de la conexión entre tu cuerpo y sus emociones? ¿Qué estrategia de regulación ha sido más útil?
3. Tema: *La importancia de regular las emociones.* Actividad 1: Identificar emociones y sus síntomas físicos. Reflexionar sobre cómo al ser consciente lo que sentimos en el cuerpo, podemos intervenir en los pensamientos que provocan o intensifican esos síntomas.
Tema: *Definición y objetivos de la regulación emocional.* Actividad 2: Explicar qué es la regulación emocional y por qué es clave para manejar los síntomas de ansiedad y depresión.
4. Desarrollo: Recordar una situación reciente de ansiedad o tristeza y anotar qué emociones experimentaron y qué síntomas físicos asociaron con estas emociones. Luego, en un ejercicio guiado, enseñarles a aplicar estrategias de regulación emocional: reestructuración cognitiva y mindfulness.
 - *Reestructuración cognitiva:* Elegir una situación reciente de malestar. Luego responder ¿Qué pensé? ¿Es un pensamiento útil o me hace sentir peor? ¿Qué podría pensar diferente que me ayude a sentir un poco mejor?
 - *Mindfulness:* Utilizando música de relajación, centrar la atención en la respiración y en el cuerpo. Luego reflexionar ¿Fue difícil? ¿Qué te ayudo a estar presente?
7. Tarea: Continuar el diario de emociones y síntomas, pero ahora deberá utilizar la reestructuración cognitiva y en las noches, antes de dormir, idealmente aplicar la técnica de mindfulness practicada en la sesión. Registrar si sintió aumento o disminución en sus síntomas.
5. Resumen y cierre de sesión. Técnica de cierre: “me llevo – me comprometo a”.
6. Reflexión final: Frase: *Cuando aprendo a respirar, pensar y sentir con conciencia, empiezo a recuperar el control sobre lo que vivo por dentro.*

Sesión N7: El pasado vive conmigo, aprendo a vivir con el

Objetivo: Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Reestructuración narrativa: resignificar lo vivido
- Experiencias negativas y su impacto en las emociones

Materiales:

- Frascos de vidrios de sesión anterior
- Post-its
- Plumones o lápices de colores
- Cartulina

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión de sesión anterior: Se solicita que relate algún momento en el que haya utilizado la respiración consciente, si es que fue necesario reestructurar alguna vivencia o si fue posible incorporar la técnica de mindfulness. De ser así, ¿Cuál crees que han sido el principal cambio?
3. Tema: *Reestructuración narrativa*. Resignificar lo vivido. Actividad 1: Abrir el frasco utilizado, pegar cada post-its en una cartulina y resignificar lo vivido. Luego comenzar a reflexionar si ha disminuido la intensidad de los síntomas físicos.
Tema: *Experiencias negativas y su impacto en las emociones*. Actividad 2: En base a “Todos tenemos momentos difíciles” trabajar en una situación que generó un alto malestar emocional.
4. Desarrollo: Trabajar pensamientos automáticos ¿Qué pasó? ¿Qué pensé en ese momento? ¿Cómo me sentí? ¿Qué hice después? y luego trabajar en base a reestructuración narrativa: ¿Hoy que podría hacer diferente? ¿Qué técnica de regulación emocional habría sido más efectiva? ¿Qué harías ahora si te volviera a ocurrir?
5. Tarea: Escribir una breve carta desde una versión más comprensiva de sí mismo, como si escribiera a un amigo y traer a la siguiente sesión.
6. Resumen y cierre de sesión. Técnica de cierre: “Dejar ir – Traer algo nuevo” ¿Qué pensamiento o emoción te gustaría dejar atrás hoy? ¿Qué idea nueva te gustaría llevar contigo?
7. Reflexión final: Frase: *Reescribir no borra lo ocurrido en el pasado, pero sí me permite volver a vivirlo de una forma que me haga sentir mejor.*

Sesión N8: Trátate como tratarías a tu mejor amigo

Objetivo: *Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Autocompasión como base para la autoconfianza
- Autocrítica vs voz compasiva

Materiales:

- Hojas impresas con frases autocríticas comunes
- Papel y sobres de colores
- Plumones y lápices

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión de sesión anterior: Reflexionar sobre la importancia de resignificar vivencias que generan malestar emocional y cómo esta acción tiene un impacto positivo en nuestro registro emocional.
3. Tema: *Autocompasión como base para la autoconfianza: soy mi mejor amigo*. Actividad 1: Abrir carta que fue solicitada y leerla en voz alta. Preguntar ¿Qué tan difícil fue escribir? ¿Qué fue lo más difícil? ¿Te habías hablado de una manera más compasiva alguna vez?

Tema: *Autocrítica vs voz compasiva*. Actividad 2: Definir que es la autocrítica y cómo impacta a nivel emocional. Definir que es la autocompasión y cómo influye en la interpretación de nuestras vivencias.

4. Desarrollo: Comenzar con la lectura reconociendo palabras de contención y apoyo. Luego reflexionar: ¿Si un amigo muy querido te contara que se siente así... ¿Qué le dirías tú? ¿Qué tono usarías? ¿Cómo lo consolarías? ¿Por qué nos cuesta tratarnos a nosotros como tratamos a quienes queremos? Escribir una nueva carta desde su “yo compasivo”, usando las palabras que usaría para apoyar a un amigo, pero dirigiéndoselas a sí mismo, guardarla en un sobre decorado, etiquetado como “Para cuando me sienta mal”. Luego trabajar en la definición de la autocrítica y de la autocompasión.
5. Tarea: Durante la semana, escribir una mini carta o nota compasiva cada vez que sienta una autocrítica fuerte o usar la carta guardada en el sobre.
6. Resumen y cierre de sesión. Reflexión: ¿Qué palabra, idea o frase te llevas hoy para recordar que puedes confiar en ti con amabilidad?

Sesión N9: Reconociendo mi mapa de logros y fortalezas

Objetivo general: *Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Logros personales: grandes y pequeños
- Fortalezas internas y externas
- Autoeficacia y cómo se construye la confianza desde la experiencia

Materiales:

- Cartulina
- Revistas
- Tijeras y pegamento
- Plumones o lápices de colores
- Stickers
- Tarjetas en blanco

Participantes: Adolescente y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión de sesión anterior: Retomar concepto de autoconfianza y autocompasión ¿Cómo fue el trato contigo esta semana? ¿Cuéntame si esta semana crees haber conseguido algún logro, aunque consideres que sea muy pequeño?
3. Actividad 1: Desarrollo de zona 1. Tema: *Logros personales*. Definir que es un logro y distinguir que lo hace importante para ti:
Actividad 2. Desarrollo zona 2. Tema: *Fortalezas internas y externas*. Reconocer habilidades que nos den mayor seguridad.
Actividad 3: Desarrollo zona 3. Tema: *Autoeficacia y cómo se construye la confianza desde la experiencia*. Identificar aquellas experiencias de las cuales hemos obtenido un resultado positivo y/o negativo para reconocer el aprendizaje y el cómo nos permite potenciar nuestras habilidades y aumentar nuestra confianza.
4. Desarrollo: Dividir la cartulina en 3 zonas:
 - Zona 1: Mis logros (incluir al menos 5, con año o edad, si se recuerda)
 - Zona 2: Mis fortalezas (emocionales, sociales, académicas, creativas, etc.)

Zona 3: Frases que me empoderan (pueden ser inventadas o frases inspiradoras)

Usar materiales creativos para decorar mapa, puede incluir dibujos o fotos. Luego compartir y reflexionar sobre ¿Cómo se sintió al construir el mapa? ¿Qué logro te sorprendió más al recordar? ¿Qué fortaleza sientes que te ayuda en los días difíciles? ¿Qué sientes al mirar tu mapa?

5. Tarea: Observar el mapa al menos 3 veces en la semana (pegar en un lugar visible). Escribir una nota cada día con alguna técnica utilizada y guardar en un nuevo frasco "frasco de confianza".
6. Resumen y cierre de sesión: Elección de cartas Dixit ¿Cómo llego? ¿Cómo se va?

Sesión N10: Armando mi kit de recursos emocionales

Objetivo general: *Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Revisión de logros, fortalezas y aprendizajes previos
- Concepto de "kit emocional"
- Estrategias de regulación emocional: respiración, mindfulness, reestructuración cognitiva, autocompasión

Materiales:

- Cajita para decorar
- Revistas
- Tijeras y pegamento
- Plumones o lápices de colores
- Stickers
- Tarjetas en blanco

Participantes: Adolescente y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida "Si tu ánimo fuera un color, ¿cuál sería hoy?"
2. Revisión sesión anterior: Recordar mapa de fortalezas e identificar herramientas que te han ayudado en momentos difíciles y cómo se podrían utilizar cuando no te sientes bien.
3. Tema: *Kit emocional*. Caja con herramientas de regulación emocional que ha identificado durante el proceso terapéutico tales como fotos, frases, recuerdos físicos, entre otros.
4. Desarrollo: Construcción del kit: Decorar caja a gusto, construir tarjetas con fortalezas personales, con logros, con frases de ánimo, con técnicas de regulación emocional y algún recuerdo significativo.
5. Tarea: Utilizar el kit emocional cuando se sienta incómoda emocionalmente.
6. Resumen y cierre de sesión: Técnica: "Carta al yo futuro": escribir una pequeña nota para sí mismo con palabras o frases de motivación para cuando lo necesite.
7. Pregunta de cierre: "¿Qué te gustaría recordar de ti cuando no te sientas bien?"

Sesión N11: Activando mi kit emocional

Objetivo general: *Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Reescribir emociones negativas: cómo se sienten, dónde se sienten, qué las activa.
- Herramientas personales para autorregularse.

- Uso del kit emocional como recurso práctico.

Materiales:

- Kit emocional (construido en sesión anterior).
- Termómetro emocional (escala visual del 1 al 10).
- Hojas de trabajo con preguntas de autoobservación.
- Plumones o lápices de colores.
- Stickers

Participantes: Adolescente y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida: Técnica rápida: “Mi emoción de hoy es... porque...”
2. Revisión sesión anterior: Revisión del kit emocional, analizar las herramientas que incluyó: ¿Cuáles usó esta semana? ¿Funcionaron? ¿Cómo se sintió al usarlas?
3. Tema: *Emociones negativas*. ¿Cómo se sienten?, ¿Dónde se sienten?, ¿Qué las activa?
 Actividad 1: Exploración guiada de emociones negativas ¿Qué emociones negativas aparecen con más frecuencia? ¿Cómo se sienten en el cuerpo? ¿En qué situaciones aparecen más?
 Tema: *Herramientas personales para autorregularse*.
 Actividad 2: Elegir una emoción negativa reciente y se revisan que herramientas utilizó de las que guardó en el kit (ej. respiración consciente, recordar una fortaleza, leer una frase positiva, etc.)
 Tema: *Uso del kit emocional como recurso práctico*.
 Actividad 3: Reflexionar sobre el cambio al utilizar el termómetro emocional ¿En qué nivel estaba antes y en estoy ahora?
4. Desarrollo: Por medio de la reescritura de emociones negativas hacer uso de las herramientas que fueron creadas para el kit de emociones para identificar la vivencia, reconocer la emoción, reconocer los síntomas, resignificar por medio de alguna técnica de regulación emocional y reconocer las habilidades que se fortalecieron en el proceso.
5. Tarea: Usar el termómetro emocional al menos 2 veces al día y registrar la intensidad de la emoción en el color correspondiente. Al menos 3 veces en la semana activar una herramienta del kit.
6. Resumen y cierre de sesión: ¿Qué herramienta del kit resultó más útil hoy? ¿Qué emoción cambió más? ¿Qué pensamientos se modificaron? ¿Te gustaría agregar algo nuevo a tu kit?

Sesión 12: Agradezco, reconozco y confío en mí

Objetivo: *Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.*

Duración: 60 minutos

Contenidos:

- Gratitud como herramienta de conexión interna
- Afirmaciones positivas como recurso para el fortalecimiento del diálogo interno
- Autoestima y autoconfianza

Materiales:

- Elaboración de libreta decorada (papel y decoraciones).
- Stickers
- Lápices o plumones
- Tarjetas o papeles para afirmaciones
- Tijeras y pegamento

Participantes: Adolescente y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida y breve repaso: ¿Qué cambios has notado en ti desde que empezamos a trabajar la autoconfianza?
2. Revisión sesión anterior: Reflexión sobre los logros identificados en el mapa de fortalezas o en intervenciones previas.
3. Tema: *Gratitud como herramienta de conexión interna*. Uso de Diario de Gratitud, explicación breve: ¿Qué es? ¿Para qué sirve? Por medio de un ejercicio práctico escribir 3 situaciones por las que se siente agradecida.
Tema: *Autoestima y autoconfianza* por medio de la exploración emocional positiva.
Actividad 1: Reflexionar respecto a la incorporación de habilidades de regulación emocional.
Tema: *Afirmaciones positivas* como recurso para el fortalecer procesos de reflexión a través de afirmaciones positivas.
Actividad 2: Transformar creencias negativas en afirmaciones de empoderamiento.
4. Desarrollo: Elaborar libreta para escribir motivos por los cuales se siente agradecida. Luego, continuar con ejercicio guiado para transformar creencias negativas en afirmaciones de empoderamiento. Un ejemplo:
 - *No soy suficiente...se transforma en... Estoy aprendiendo a confiar en mí y mis capacidades.*
 - *Siempre me equivoco... se transforma en... Estoy en proceso de crecimiento y cada error me enseña.*
5. Tarea: Leer al menos una afirmación por día durante la semana.
6. Resumen y cierre de sesión: Elección de cartas Dixit ¿Cómo llego? ¿Cómo se va?

Sesión N13: Conectarme sin miedo

Objetivo: *Aumentar la frecuencia de interacciones sociales positivas de K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Miedo al juicio y la autoimagen en lo social
- Elementos que dificultan y facilitan las relaciones.
- Reconocimiento de emociones asociadas a lo social.

Materiales:

- Hojas impresas con siluetas humanas
- Post-its
- Revistas para recortar
- Stickers
- Plumones
- Tijeras
- Pegamento

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Breve conversación de introducción: ¿Qué te gustaría que fuera diferente en tus relaciones?
3. Tema: *Concepto Confianza*.
Actividad 1: Comenzar a elaborar el concepto de confianza. Luego, realizar dinámicas de confianza para identificar por medio del relato que emociones percibe al interactuar con otros.
4. Tema: *Miedo al juicio y la autoimagen*.

Actividad 2: Reflexionar acerca de las creencias, expectativas y sesgos que influyen en la interacción ¿De qué manera dificultan o facilitan la interacción?

5. Desarrollo: Por medio de dinámicas se espera fortalecer el concepto de confianza para comenzar a establecer relaciones interpersonales. Una de las dinámicas es “El objeto compartido” que consiste en elegir un objeto que represente cómo se siente estar con otros. A esta actividad se suma “Lo que me frena – lo que me ayuda”, haciendo uso de post-its y de hojas con figuras humanas, anotando cuales son los motivos que facilitan o dificultan mis interacciones. Finalizar con dos preguntas ¿Qué emociones aparecen cuando me relaciono? ¿Hay algo que me gustaría decir, pero no me atrevo? ¿A quién?
6. Tarea: Cuantificar cantidad de interacciones sociales que tenga durante la semana, exceptuando familiares, y responder: ¿Qué notaste? ¿Qué crees que permitió que fuera positiva o negativa? ¿Cómo te quieres sentir en una reunión familiar?
7. Resumen y cierre de sesión: Técnica “semilla”: se entrega una imagen de una semilla ¿Qué semilla quiero plantar hoy para conectarme mejor con otros?

Sesión N14: Me atrevo a acercarme

Objetivo: *Aumentar la frecuencia de interacciones sociales positivas de K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Comunicación asertiva
- Escucha activa y lenguaje corporal

Materiales:

- Cartas con preguntas abiertas (rompehielos)
- Rueda de emociones
- Sticker
- Un espejo

Acciones:

1. Bienvenida
2. Revisión sesión anterior: Compartir percepciones sobre interacciones positivas durante la semana ¿Qué aprendiste al mirar a otros? ¿Te dieron ganas de intentarlo?
3. Tema: *Comunicación asertiva.*
Actividad 1: Por medio de un juego de preguntas comenzar a conocer aspectos personales como la comida favorita, música que escucha y luego comenzar con preguntas relacionadas con emociones cotidianas tales como que color te representa hoy, que súper poder podrías ser hoy.
Tema: *Escucha activa y lenguaje corporal.*
Actividad 2: Fortalecer expresiones verbales y no verbales en el proceso de comunicación a través de dinámicas de reflejo y uso de espejo.
4. Desarrollo: Para aumentar la seguridad en sus relaciones interpersonales, comenzar con una dinámica rompehielos utilizando preguntas relacionadas con sus preferencias y profundizar en aspectos más emocionales, mejorar la asertividad en el proceso de comunicación. Seguidamente, para fortalecer el lenguaje no verbal, hacer uso de un espejo y expresar por medio de gestos la emoción solicitada, describiendo cambios que puede percibir a nivel corporal y reconocer cambios en la expresión facial a través del reflejo.
5. Tarea: Realizar al menos una acción de interacción social durante la semana un saludo, enviar un mensaje, agradecer, etc. Además, registrar el cómo se sintió.
6. Resumen y cierre de sesión: Técnica “puente”: completar la frase “La próxima vez que me acerque a alguien, quiero recordar que...”

Sesión N15: Cómo me veo, cómo me ven, cómo soy

Objetivo: *Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.*

Duración: 60 minutos

Contenido:

- Autoconfianza

Materiales:

- Cartulina
- Plumones o lápices de colores
- Espejo (opcional)

Participantes: Adolescente y Terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida: Se propone trabajar la autoconfianza ¿Cómo nos vemos? ¿Cómo creemos que otros nos ven?
2. Desarrollo:

Actividad 1: Usar hojas diferentes para escribir o dibujar:

- Yo real ¿Quién soy realmente?, ¿Cómo me describo ahora? ¿Qué pienso de mí en este momento?
- Yo ideal ¿Quién me gustaría ser? ¿Cómo me gustaría llegar a ser? ¿Qué cualidades me gustaría tener?
- Yo percibido ¿Cómo creo que los demás me ven? ¿Qué pienso que piensan los demás de mí? ¿Qué dicen o no dicen?

Actividad 2: Reflexión usando las siguientes preguntas:

- Las coincidencias y diferencias entre los tres "yo"
 - ¿Cuál de estas visiones te hace sentir más fuerte?
 - ¿Hay ideas o creencias que podrían estar limitando tu autoconfianza?
 - ¿Qué podrías tomar de tu "yo ideal" para reforzar tu "yo real"?
3. Resumen y cierre de sesión: Reflexión: *"Estoy aprendiendo a confiar en mí. Acepto mis avances y reconozco mis fortalezas"*

Sesión N16: Mi viaje, mi camino

Objetivo: *Cerrar proceso terapéutico reconociendo los avances personales, reforzando como la autovaloración y autocompasión son estrategias de regulación emocional eficientes frente a síntomas asociados a cuadros ansiosos y depresivos.*

Duración: 60 minutos

Participantes: Adolescentes y Terapeuta

Materiales:

- Caja pequeña
- Papeles de colores
- Cartulinas
- Stickers
- Lápices de colores
- Frases motivadoras / cartas de autoafirmación

Acciones:

1. Bienvenida: Se contextualiza sobre el término del proceso terapéutico
 - Agradecer la participación y el compromiso durante todo el proceso terapéutico.

- Validar cualquier emoción que surja frente al cierre: alegría, tristeza, miedo, orgullo, etc.
2. Breve conversación en base a la reflexión del proceso y de los aprendizajes.
 3. Desarrollo: Línea del tiempo terapéutica. Entregar una cartulina para elaborar línea de tiempo terapéutica:
 - Inicio del proceso ¿Cómo me sentía?
 - Momentos importantes ¿Qué sesiones o actividades me marcaron?
 - Aprendizajes ¿Qué descubrí sobre mí? ¿Qué estrategias uso ahora?
 - Final del proceso ¿Cómo estoy hoy?
 4. Cierre de sesión: Se propone cerrar con una palabra o frase que represente lo vivido y además, escribir una carta para el futuro yo que se debe leer en 6 meses recordando quién es, qué ha aprendido y cómo quiere seguir creciendo.

3.5 Consideraciones éticas

En el contexto del presente proceso de intervención, es fundamental resguardar los principios éticos que orientan la práctica clínica, especialmente cuando se trabaja con adolescentes. Esta población requiere un espacio terapéutico seguro, contenedor, de confianza y emocionalmente estable, condiciones imprescindibles para facilitar un proceso diagnóstico y de intervención efectivo que promueva su bienestar emocional. Por lo tanto, la relación terapéutica debe fundamentarse en principios éticos y legales que protejan la dignidad, los derechos y el bienestar del consultante, además de asegurar el cumplimiento de los objetivos clínicos.

Como señala Bados (2008), el ejercicio ético de la psicología exige un conocimiento actualizado de las normativas legales y los marcos regulatorios. En este sentido, el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999) constituye una guía orientadora esencial, al establecer principios fundamentales que deben revisarse constantemente frente a los cambios socioculturales, jurídicos y clínicos. Por consiguiente, se consideran especialmente relevantes los siguientes principios éticos:

- *Competencia profesional*: Este principio implica que el terapeuta debe actuar dentro de los límites de su formación, experiencia y supervisión, asegurando así una práctica responsable y técnicamente adecuada. En este proceso, la intervención será realizada exclusivamente dentro del ámbito formativo y supervisado del terapeuta, resguardando su idoneidad profesional (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).
- *Responsabilidad profesional*: El terapeuta asume el compromiso ético de ofrecer un acompañamiento continuo y basado en evidencia empírica, lo que se garantiza a través de la participación en instancias de supervisión clínica y el uso de estrategias validadas (Bados, 2008).
- *Confidencialidad y secreto profesional*: Toda la información compartida en el espacio terapéutico será protegida, salvo en casos que impliquen riesgo para la vida o la integridad del adolescente o terceros. En estas situaciones, se informará previamente al adolescente y a su madre sobre los límites del secreto profesional y se activarán los protocolos correspondientes (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).
- *Integridad y respeto por el proceso del adolescente*: Se reconoce el ritmo, autonomía y singularidad del adolescente, promoviendo una intervención libre de imposiciones y juicios de valor. Este principio se traduce en una actitud respetuosa hacia la subjetividad del paciente y su capacidad de autodeterminación (Bados, 2008).
- *Derechos y dignidad del paciente*: Se garantiza un trato digno, validador y no discriminatorio durante todo el proceso, reconociendo la identidad, privacidad y diversidad del adolescente. Esto

incluye evitar etiquetas clínicas estigmatizantes y promover el respeto por los derechos humanos (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).

- *Protocolos de emergencia*: Se establecerán medidas claras para actuar ante situaciones de riesgo, asegurando una respuesta rápida y efectiva que proteja la integridad del adolescente. Estas acciones se enmarcan en protocolos previamente acordados e informados (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).

Por consecuencia, estos principios orientan una intervención ética, respetuosa y ajustada a las características del adolescente y su entorno familiar, promoviendo un proceso terapéutico que sea no solo técnicamente adecuado, sino también humano y profesionalmente responsable.

4.1 Informe de la evaluación de resultados de la intervención

El proceso de intervención contempló una programación inicial de 16 sesiones distribuidas en un periodo de 16 semanas, organizadas en una Carta Gantt según se observa en la Tabla 6. Sin embargo, debido a diversos factores no fue posible mantener el orden cronológico determinado, por lo que la planificación se ha extendido en un total de 27 sesiones, en las cuales solo fue posible abordar 4 de los 5 objetivos específicos. Entre las variables que influyeron en estas modificaciones se encuentran inasistencias, problemas de salud, condiciones climáticas y un aumento progresivo del malestar emocional en K. a medida que comenzó a relatar experiencias tempranas adversas, por lo que fue necesario flexibilizar y ajustar el desarrollo de cada sesión de acuerdo a sus necesidades emocionales.

A esto se suma la revelación del abuso, acontecimiento determinante dentro del proceso terapéutico, que ocurrió en la sesión número 12 de la planificación inicial. Este hecho generó una nueva variable clínica que demandó nuevas necesidades, siendo necesario retomar sesiones focalizadas en la regulación emocional y en el fortalecimiento de la autoconfianza, para potenciar herramientas necesarias para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva presente en K., pausando la programación inicial para priorizar el bienestar emocional.

En coherencia con a la hipótesis diagnóstica, que identificó síntomas severos asociados a la esfera emocional, consistentes con un trastorno depresivo mayor persistente, en comorbilidad a un trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo a los criterios establecidos en el DSM-V, se estableció como principal objetivo de la intervención reducir la sintomatología ansiosa y depresiva.

Los resultados del proceso de intervención se detallan desde la Tabla 5 a la Tabla 31, las cuales resumen el desarrollo de cada sesión, sus objetivos, indicadores y el análisis correspondiente a cada objetivo específico establecido para el proceso de intervención. El grado de logro se definió de acuerdo al cumplimiento del objetivo, los cambios percibidos (y/observados) y el aumento en la autonomía de K., por lo que este indicador se clasificó de la siguiente manera:

- Grado de Logro Alto: Cumplimiento total del objetivo, cambios consistentes y autonomía.
- Grado de Logro Parcial Alto: Objetivo casi logrado, pero aún necesita apoyo en algunas ocasiones.
- Grado de Logro Parcial Bajo: Avances presentes pero inconsistentes o muy dependientes del terapeuta.
- Grado de Logro Bajo: No hay logro del objetivo o la sesión no permitió trabajarlo.

La planificación del proceso de intervención se estructuró en cinco objetivos específicos, de los cuales se abordaron cuatro en un total de 27 sesiones. El quinto objetivo quedó pendiente, ya que fue necesario

incorporar modificaciones en la programación para resguardar tanto el cumplimiento adecuado de los objetivos como el bienestar emocional de K.

En esta línea, el primer objetivo específico se abordó en las sesiones 1, 2, 3 y 4 de la planificación, orientado a *“Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.”*, Los resultados obtenidos se describen en la Tabla 5, Tabla 6, Tabla 7 y Tabla 8.

Tabla 5

Análisis de Resultados Sesión N°1

Sesión	¿Qué pasa con mi cuerpo?
Objetivo Planificado	Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.
Indicadores	Reducción de la frecuencia semanal de síntomas físicos tensión muscular, palpitations, sudoración, dificultad para respirar, agotamiento, cambios en el apetito, alteraciones del sueño e inquietud física en K.
Actividad Técnica Justificación	- <u>Técnica</u> : Autoexploración Cognitiva - Psicoeducación: Lluvia de ideas - <u>Actividad</u> : Construcción de una definición por medio de los síntomas percibidos de ansiedad y depresión. - <u>Justificación</u> : Por medio de la psicoeducación, se buscó precisión en la descripción de la ansiedad y depresión a partir de los síntomas físicos, para que K. pudiese describir e identificar sus sensaciones físicas, como paso inicial hacia una regulación emocional adaptativa.
Análisis de Sesión	En la lluvia de ideas, fue posible vincular las frases señaladas con sensaciones físicas y emocionales, mencionando que <i>“me he sentido mal tanto tiempo que no logro diferenciar de buena manera que es lo que realmente siento”</i> A pesar que fue necesario respetar sus tiempos de respuesta y silencios prolongados, K. logró al menos identificar y describir síntomas tales como dificultad para dormir, falta de apetito, baja energía, dificultad para concentrarse, bajo estado de ánimo, desmotivada, sin interés por nada en específico.
Resultados Obtenidos	En términos cualitativos K. describió síntomas físicos tales como dificultades para dormir, falta de apetito, baja motivación y desinterés en general, sensación de pecho apretado, palpitations sin sentido, dificultad para concentrarse, bajo estado de ánimo.
Grado de Logro	Logro Parcial Alto: Se observaron avances iniciales en relación con el objetivo, logrando nombrar algunos síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos. Se destacó la participación de K. e interés por responder a las actividades presentadas.
Ajustes	No fue necesario realizar ajustes, ya que K. comprendió los contenidos y participó en la identificación de síntomas asociados a ansiedad y depresión.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 6

Análisis de Resultados Sesión N°2

Sesión	¿Qué pasa con mi cuerpo?
Objetivo Planificado	Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.

Indicadores	Reducción de la frecuencia semanal de síntomas físicos tensión muscular, palpitations, sudoración, dificultad para respirar, agotamiento, cambios en el apetito, alteraciones del sueño e inquietud física en K.
Actividad Técnica Justificación	- <u>Técnica</u> : Autoexploración Cognitiva Psicoeducación: Tema: <i>El síntoma</i> . - <u>Actividad</u> : Se continuó con la elaboración de la definición de ansiedad y depresión, comenzando a establecer sus diferencias y similitudes a partir de la lluvia de ideas utilizando ejemplos personales o situaciones frecuentes. - <u>Justificación</u> : Para lograr disminuir la incertidumbre respecto a las sensaciones físicas del malestar emocional, la psicoeducación proporcionó un marco comprensivo que buscó disminuir la ansiedad que genera el desconocimiento del funcionamiento del propio cuerpo, facilitando la comprensión de los síntomas y permitiendo contribuir al proceso de regulación emocional.
Análisis de Sesión	Se planteó como hipótesis la relación de los síntomas descritos con un cuadro ansioso-depresivo, frente a lo cual señaló no tener conocimientos y tampoco consideró que sus sensaciones se relacionaban con problemas emocionales. Al continuar, se desbordó y comenzó a llorar, se respetó su emoción ofreciendo contención desde la disponibilidad y la escucha. A los minutos comentó “ <i>soy muy buena para llorar... soy muy sentimental... mi mamá es muy dura</i> ”, relatando que en el último tiempo ha estado más sensible, presentando dificultades para respirar, con olvidos frecuentes, con dolores de cabeza intensos gran parte de los días, además indicó presentar insomnio intermitente y sudoración de manos. Además, mencionó que prefiere quedarse sola en casa porque no le gusta compartir, aclarando que es consciente de que se ha alejado de sus amistades sin tener motivo, señalando que desde la pandemia estos síntomas se fueron agudizando. Es importante considerar que su lenguaje no verbal hizo evidente un estado de ánimo deprimido, que se pudo observar por medio de sus movimientos retardados, de su posición corporal encorvada y el uso de su pelo suelto tapando gran parte de su cara.
Resultados Obtenidos	Los resultados cualitativos de la sesión se centraron en la identificación de síntomas físicos descritos durante su relato tales como alteraciones en el sueño, sudoración de manos, olvidos, dolores de cabeza y dificultades en la interacción social.
Grado de Logro	Parcial Bajo: Durante esta sesión, K. logró avanzar parcialmente en la identificación de síntomas físicos tales como tensión, dolor de cabeza, alteraciones en el sueño. Sin embargo, aún no es posible vincular estos síntomas con sus estados emocionales y con las situaciones que lo desencadenan.
Ajustes	El objetivo de la sesión se mantuvo centrado en el reconocimiento de síntomas físicos, por lo que no se realizaron modificaciones.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 7

Análisis de Resultados Sesión N°3

Sesión	Conexión Cuerpo y Mente.
Objetivo Planificado	Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.

Indicadores	Reducción de la frecuencia semanal de síntomas físicos tensión muscular, palpitations, sudoración, dificultad para respirar, agotamiento, cambios en el apetito, alteraciones del sueño e inquietud física en K.
Actividad Técnica Justificación	<p>- <u>Técnica</u>: Autoexploración Cognitiva, Psicoeducación y Técnica Proyectiva</p> <p>- <u>Actividad</u>: Escribir y recortar vivencias que desarrollan síntomas y guardar en un frasco. Luego, escribir y recortar los síntomas físicos que generan esas vivencias.</p> <p>Enfrascar por separado las vivencias desencadenantes y sus síntomas físicos. Los frascos se etiquetan y se van a casa hasta próxima sesión.</p> <p>- <u>Justificación</u>: Se buscó que K pudiese comprender la conexión entre sus experiencias emocionales y las manifestaciones físicas de la ansiedad y la tristeza. Asimismo, el uso de una técnica proyectiva con el uso del frasco terapéutico, permitió la externalización del síntoma, haciendo visible la relación entre las vivencias y sus respuestas a nivel somático, actividad que permite diferenciar la emoción de la sensación corporal, y al mismo tiempo facilita la construcción hacia una autorregulación emocional, pudiendo aumentar la sensación de control, contención y de agencia, condiciones fundamentales en el proceso de emocional y en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos.</p>
Análisis de Sesión	Fue posible percibir mayor disposición para abordar las temáticas a trabajar, comenzó a relatar acontecimientos significativos de su infancia identificando como estos fueron influyendo en la aparición de algunos síntomas, factores que podrían ser considerados como desencadenantes de su malestar emocional. Relató situaciones de negligencia y descuido por parte de la madre, malos tratos por parte de una prima; pesó a ello, mencionó a dos familiares que aportaron de forma positiva en su crianza, su abuela materna y uno de sus tíos, a quien considera y nombra como papá. Ambos participaron activamente en la crianza de K., aportando el apoyo que necesitaba a nivel familiar, escolar e incluso social, siendo ellos quienes participaban y se responsabilizaban incluso de sus actividades extraprogramáticas.
Resultados Obtenidos	K. mostró mayor disposición para abordar las actividades propuestas y para comenzar a profundizar en su capacidad introspectiva. Comenzó a relatar acontecimientos significativos de su infancia, identificando cómo estos influyeron en la aparición de algunos síntomas actuales y reconociendo factores desencadenantes de su malestar. Logró relatar experiencias negligentes y de descuido por parte de su madre y malos tratos por parte de su prima. Pese a ello, destacó dos figuras protectoras, su abuela materna y tío (a quien denomina papá), quienes entregaron apoyo afectivo, escolar y social, demostrando una participación activa en su crianza.
Grado de Logro	Parcial Alto: Logró establecer relaciones entre algunos síntomas físicos y sus vivencias emocionales. También fue posible evidenciar un aumento en su disposición al trabajo introspectivo como en la capacidad para conectarse, recordar y construir recuerdos de experiencias significativas.
Ajustes	Con el objetivo de potenciar el proceso introspectivo de K., se realizaron modificaciones a la actividad inicial. Se trabajó con el frasco terapéutico, se entregó un set de post its para ser utilizados como soporte simbólico de autovaloración el cual debía ir rellenando con habilidades positivas de sí misma y guardar en el frasco. Además, se propuso incorporar pequeñas acciones de

autonomía de forma progresiva, como salir al jardín de su casa e incluso dar una vuelta en el barrio, reforzando que a medida que fuese percibiendo mayor sentido de seguridad, intentara viajar sola a las sesiones.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 8

Análisis de Resultados Sesión N°4

Sesión	Conexión Cuerpo-Mente: Reconociendo la influencia de las emociones en el cuerpo.
Objetivo Planificado	Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.
Indicadores	Reducción de la frecuencia semanal de síntomas físicos tensión muscular, palpitations, sudoración, dificultad para respirar, agotamiento, cambios en el apetito, alteraciones del sueño e inquietud física en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Autoexploración Cognitiva y Regulación Emocional. Tema: <i>Reflexión sobre cómo las emociones y pensamientos afectan el cuerpo.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Reflexión guiada: Piensa en una situación reciente en la que te hayas sentido ansioso o triste. Elaborar un mapa visual en el que se conecten emociones asociadas sintomatología ansiosa y depresiva con síntomas físicos, para luego exponer cómo los pensamientos y las emociones se manifiestan en tu cuerpo. - <u>Justificación</u> : El uso de estrategias de conciencia corporal buscó identificar cómo los pensamientos, emociones y sensaciones físicas se interrelacionan, permitiendo reconocer los síntomas y disminuir el impacto que generan las experiencias emocionales negativas en su bienestar físico y psicológico. En este sentido, técnicas de mindfulness en conjunto con la autoexploración cognitiva, favorecen el fortalecimiento de la autorregulación emocional.
Análisis de Sesión	Fue posible percibir una mejora en su estado ánimo en comparación con las sesiones anteriores. Al consultar sobre el frasco, señaló que había sido un poco difícil, por lo cual no se insistió. Se hizo referencia a su estado de ánimo visiblemente más positivo, sonriendo e comentando que se ha sentido un poco mejor, indicando que se atrevió a viajar sola, aludiendo que <i>“a pesar de estar sentada en la micro y estar a punto de bajarme”</i> , se impuso a sus pensamientos, motivándose a que lo tenía que lograr, siendo evidente su sensación de satisfacción y orgullo. Al comenzar la reflexión guiada, fue posible detectar en su discurso molestia con su madre, señalando sentir rabia en su cabeza y en sus manos, <i>“me puse a pensar en el por qué estoy tan enojada con mi mamá y me di cuenta de que son cosas de cuando era chica, cosas que reclame a ella... una vez le pregunté ¿por qué no pasaba tiempo conmigo?, a lo que respondió que no podía porque tenía que trabajar para tener plata para mantenerme”</i> . Finalmente, concluyó que nunca hizo nada significativo con su madre, <i>“yo nunca jugué con ella, yo veía como jugaba con los demás, con los niños que cuidaba porque vivíamos donde mi mamá trabajaba”</i> . Paralelamente, apareció la tristeza, relatando episodios que vincula con experiencias de humillación y maltrato, como cuando la jefa de su mamá (donde vivían), que era su profesora en el colegio, niega el permiso para ir al baño y sin lograr aguantar se hizo pipí, señalando que nadie la ayudó y que estuvo así (mojada) durante todo el día; cuando llegó a la casa, su madre no cree su relato

y la golpeó, refiriendo que cada vez que su madre no le creía o no hacía lo que ella quería, la golpeaba. Al revivir estos episodios, señaló no se capaz de diferenciar sus emociones, siendo una mezcla de pena y rabia, sintiendo incluso como su cuerpo se tensa cuando comenzó a recordar.

A partir de estos recuerdos, comenzó a indicar en qué partes de su cuerpo lograba conectar con sus emociones, relatando si era o no capaz de identificar si estas se intensificaban, si sentía malestar o incomodidad.

Al término de la sesión, se propone el uso de un cuaderno para que comience a escribir todos estos recuerdos, idealmente anotando lo que sintió, lo que siente ahora y como este sentir se va reflejando en su cuerpo. Cabe señalar que antes de despedirse, menciona que *“estimo a mi mamá simplemente porque es mi mamá, pero odio todo lo que he vivido”*.

Resultados Obtenidos	Durante la sesión se observó un avance significativo en relación a la conciencia corporal y emocional, siendo evidente una mayor capacidad introspectiva, logrando vincular sensaciones físicas con sus estados emocionales. Además, por medio de una percepción subjetiva se pudo evidenciar una mejora en su estado de ánimo, refirió mejoras en el sueño, incorporación de hábitos alimenticios y una menor sensación de agotamiento. Además, el hecho de tomar la decisión de salir y moverse de manera autónoma, constituye un indicador de fortalecimiento de su autoconcepto y un aumento en su sensación de seguridad.
Grado de Logro	Alto: K. mostró disposición y apertura a explorar sus vivencias tempranas, conectando con sus emociones y sensaciones corporales, condición que permitió ir relacionando como las emociones se van manifestado en el cuerpo. Pesé a que en un inicio fue complicado hacer esta relación, poco a poco fue siendo más consiente de cómo su cuerpo iba cambiando a medida que continuaba su relato. Cabe mencionar, que a pesar de lograr un adecuado nivel de conexión entre cuerpo y emoción, cuando la emocionalidad contagié sus vivencias no logró distinguir la emoción que predominaba.
Ajustes	La sesión se desarrolló cumpliendo el objetivo propuesto, sin embargo, no fue posible realizar el mapa visual como estrategia planificada. En su lugar, se focalizó la técnica en el reconocimiento corporal a través de la descripción de vivencias, considerando un aumento en su capacidad reflexiva de K. lo que permitió mayor detalle y conexión en su narrativa, optando por no interrumpir su proceso introspectivo, favoreciendo así la continuidad de su elaboración emocional.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

A partir del análisis de las sesiones 1, 2, 3, y 4, se realizó una revisión integrada de los indicadores definidos para este objetivo. Los principales resultados se presentan en la Tabla 9, donde se detallan los indicadores evaluados y el nivel de cumplimiento observado en relación con este objetivo específico:

Tabla 9

Análisis de los Resultados del Objetivo N°1 del Proceso de Intervención

Objetivo Especifico	Reducir la frecuencia de síntomas físicos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K
---------------------	--

Indicador	Reducción de la frecuencia semanal de síntomas físicos tensión muscular, palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, agotamiento, cambios en el apetito, alteraciones del sueño e inquietud física en K.		
Sesiones	1, 2, 3 y 4		
Medio de Verificación	DASS-21 (Ver Anexo 5)	BDI-2 (Ver Anexo 4)	PHQ-9 (Ver Anexo 6)
Criterio de Logro	Reducir 1 punto en la pregunta 2, 7, 9, 15 y 20	Reducción de un 17% en el puntaje total	Reducir el puntaje en la pregunta 3, 4, 5 y 8
Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Redujo 1 punto en pregunta 2 • Redujo 1 punto en pregunta 7 • Redujo 2 puntos en pregunta 9 • Redujo 1 punto en pregunta 15, • Redujo 2 puntos en pregunta 20 	<p>Obtiene 9 puntos en total.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pregunta 11 e redujo de 1 a 0 punto. • La pregunta 13 aumento de 2 a 3 puntos. • La pregunta 15 se redujo de 1 a 0 puntos. • La pregunta 16 se redujo de 2 a 1 puntos. • La pregunta 17 se redujo de 1 a 0 punto. • La pregunta 18 se redujo de 2 a 0 puntos. • La pregunta 19 se mantuvo en 1 punto. • La pregunta 20 se redujo de 2 a 0 puntos. 	<p>Obtiene 3 puntos en total</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pregunta 3 se redujo de 2 a 1 punto. • La pregunta 4 se redujo de 3 a 0 puntos. • La pregunta 5 se redujo de 3 a 0 puntos. • La pregunta 8 se redujo de 3 a 0 puntos.
Resultado Obtenido	Disminuye un 8% en la escala de ansiedad, 21% en la escala de depresión y 24% en la escala de estrés, modificando su sintomatología de un rango muy severo a una clasificación normal en las tres escalas.	Reducción de 16 puntos en las preguntas específicas de síntomas emocionales negativos, lo que implica una disminución de un 16%. Además, al reducir el puntaje total en 24 puntos, la escala disminuyó en un 24%	Reducción significativa en el autoreporte en la pregunta 4, 5 y 8, pasando de casi todos los días a nunca, lo que permitió obtener un total de 21 puntos en la escala, pasando de una categoría de depresión severa hacia una de depresión mínima.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Por lo tanto, y en base a los indicadores establecidos, es posible determinar que la intervención cumplió satisfactoriamente con el objetivo, evidenciando una reducción significativa en la frecuencia de síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión en K. Cabe señalar, que el resultado en el BDI-2, reflejan una mejoría altamente significativa, considerando que la literatura establece como indicador de efectividad clínica una disminución promedio de un 17%, es decir, una reducción de entre 5 y 6 puntos en el puntaje total tras una intervención psicológica. En este caso, la disminución observada supera ampliamente el promedio, lo que valida la efectividad del trabajo realizado en este primer objetivo de intervención.

El segundo objetivo específico definido para esta intervención se desarrolló durante las sesiones 7 y 11. Esto se debe a que, en la planificación inicial, se consideró abordar la sintomatología emocional negativa una vez fortalecidas ciertas técnicas de regulación emocional. Esta estructura permitió abordar adecuadamente la intensidad de las emociones negativas en K. cuando comenzaron a aumentar a medida que avanzaba en la narración de sus experiencias tempranas adversas, siendo necesario incorporar técnicas de regulación emocional para disminuir la intensidad de los síntomas percibidos al conectar con estos recuerdos, estrategia que fue coherente a la planificación establecida inicialmente

De esta manera, antes de profundizar en la regulación de emociones negativas, sesión 7 y 11 respectivamente, se continuó con las sesiones 5 y 6, que abordaron técnicas de regulación emocional como objetivo principal. Los resultados de las sesiones 7 y 11 se presentan en la Tabla 13, Tabla 14 y en la Tabla 17, manteniendo el orden cronológico de las sesiones para favorecer la comprensión tanto de los resultados como de la secuencia narrativa de K.

En consecuencia, el tercer objetivo específico del proceso de intervención consistió en *“Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva”*. Los principales detalles de cada sesión se detallan en la Tabla 10 y en la Tabla 11 presentadas a continuación:

Tabla 10

Análisis de Resultados Sesión N°5

Sesión	Emociones y síntomas en mi cuerpo ¿Cómo interpreto lo que me pasa?
Objetivo Planificado	Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva.
Indicadores	Incremento en la frecuencia del uso de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena frente a situaciones generadoras de malestar emocional en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Regulación Emocional. Tema: <i>La importancia de regular las emociones</i> .
Justificación	- <u>Actividad</u> : Recordar una situación reciente de ansiedad o tristeza y comentar qué emociones y síntomas físicos se asociaron con estas emociones. Explicar qué es la regulación emocional y por qué es clave para manejar los síntomas de ansiedad y depresión. Luego, en un ejercicio guiado, entrenar estrategia de regulación emocional “Respiración Profunda”: inhalar por 4 segundos, sostener por 4 segundos y exhalar por 4 segundos. - <u>Justificación</u> : El poder desarrollar mayor conciencia sobre la relación entre sus emociones, pensamientos y como estas se relacionan con el funcionamiento de su cuerpo, es fundamental para que logre utilizar estrategias de regulación emocional que permitan mejorar su bienestar emocional.
Análisis de Sesión	Al iniciar la sesión se observó tensión en sus manos y más lábil, señalando que no había sido una semana fácil debido a que continuó recordando vivencias de su infancia, mostrándose más reactiva con su madre, más desafiante, <i>“peleamos todos los días”</i> . Adicionalmente considero sentirse presionada a asistir a lugares donde no se siente cómoda, considerando que sus síntomas comienzan a aumentar en su intensidad. Se evidencia un ánimo mucho más deprimido, indicó que no se levantó en dos días, señalando que el orden de los hábitos de sueño y de alimentación que ya

había mejorado nuevamente se desorganizaron, retomó el uso de su celular en las noches y el logaritmo intensificó su malestar mostrando videos que tenían relación con el dolor, la pena, la rabia, la frustración, con la incapacidad de continuar. Señaló haber tomado una actitud muy negativa, incluso comenzó a repetir frases como “*mejor no hago nada*”, “*no sirvo para nada*”, “*no soy capaz de nada*”.

En esta sesión logró determinar sus detonadores, identificando que uno de ellos la “Kena” (su mamá), Mónica (su prima) y que hay un tercer detonador que prefirió no mencionar aún, incluso señaló que cuando se sienta preparada revelaría quién es y el motivo, sin embargo, al mencionar a este detonador se desregula, siendo necesario proporcionar un espacio de contención para disminuir su angustia. Frente a esta situación, se llevó la conversación hacia sus resultados terapéuticos como el cuidado de las horas de sueño, la disminución del uso del teléfono, la incorporación de la lectura y escritura, orden en sus hábitos alimenticios y el aumento de su autonomía al ser capaz de movilizarse sola. En este proceso, apareció el gusto por andar en bicicleta, incorporando esta actividad como recurso regulador, ya que señala sentirse cómoda y que disfruta de esta actividad, “*me siento libre*”.

Resultados Obtenidos	Destacan los avances en su capacidad introspectiva, logrando identificar sus tres detonadores emocionales, siendo un avance significativo para su proceso de regulación emocional, evidenciando mayor conciencia sobre los factores que inciden en el desarrollo y mantención de su sintomatología ansiosa y depresiva.
Grado de Logro	Logrado: Comprende adecuadamente el concepto de regulación emocional y comienza a identificar aquellos factores que desencadenan su malestar, evidenciando avances significativos a nivel de conciencia emocional. No obstante, aún se encuentra en proceso de aprendizaje y desarrollo de estrategias concretas de autorregulación.
Ajustes	En esta sesión el objetivo se planificó para conocer y desarrollar técnicas de regulación emocional, sin embargo, al observar en K. la necesidad de continuar revelando episodios de su infancia, se continuó con el reconocimiento de síntomas debido a que logró identificar como ciertos lugares y personas influyeron en el desarrollo de sus síntomas actuando como detonadores de su sintomatología. Sin embargo, se incorporó el concepto de regulación emocional durante el desarrollo de la sesión.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 11

Análisis de Resultados Sesión N°6

Sesión	Si lo siento, lo puedo regular.
Objetivo Planificado	Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva.
Indicadores	Incremento en la frecuencia del uso de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena frente a situaciones generadoras de malestar emocional en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Regulación Emocional y Reestructuración Cognitiva. Tema: <i>La importancia de regular las emociones</i> .
Justificación	- <u>Actividad</u> : Reflexionar sobre cómo al ser consciente lo que sentimos en el cuerpo, podemos intervenir en los pensamientos que provocan o intensifican

	<p>esos síntomas Luego, en un ejercicio guiado, aplicar estrategias de regulación emocional: reestructuración cognitiva y mindfulness.</p> <p>- <u>Justificación</u>: El uso de la reestructuración cognitiva y mindfulness permite abordar las experiencias emocionales desde una mirada más consciente y reflexiva, facilitando el reconocimiento de pensamientos automáticos y la identificación de sensaciones físicas.</p>
Análisis de Sesión	<p>K. reportó que su malestar se mantenía y que sus síntomas se agudizaron, señalando tener una sensación de tristeza constante, la que no le permitió hacer casi nada. Las peleas con su madre continuaron con la misma frecuencia e intensidad, incluso refiere querer irse de la casa, que ya no se siente cómoda viviendo ahí. También presentó alteraciones en su presión, sintiendo incluso un brazo adormecido y parte de su cara, por lo que debió asistir a urgencia. Nuevamente revela episodios familiares, pudiendo identificar conductas negligentes por parte de la madre y como estas se han mantenido en el tiempo. Se incorporó la reestructuración cognitiva como estrategia para poder modificar la percepción de K. en relación a las experiencias vivenciadas; en consecuencia, logró identificar que Kena genera en ella mucha rabia, la que se refleja a través de tensión en su cuerpo, presentando dificultades para concentrarse, taquicardia y dificultades en el sueño. Incluso al revivir los recuerdos, su estómago se aprieta de tal forma que no logra comer. Señala que al poder comenzar a identificar como sus emociones se reflejan en su cuerpo, logro reconocer que siente al enfrentar a estos detonadores, siendo capaz de explorar que la sensación vivenciada corresponde a “ansiedad”.</p>
Resultados Obtenidos	<p>Se evidenciaron avances clínicamente observables y sostenidos en relación a su capacidad reflexiva y de regulación emocional, identificando claramente sus detonadores emocionales. Asimismo, comenzó a reconocer cómo las vivencias de su infancia influyeron en el desarrollo y mantención de sus síntomas, asociando sus sensaciones corporales con sus emociones, evidenciando mayor conciencia corporal al identificar los efectos fisiológicos de su malestar reflejados como tensión la muscular, alteraciones en su respiración, aumento en su frecuencia cardíaca, entre otras.</p>
Grado de Logro	<p>Alto: Se observan avances significativos en el uso de estrategias de regulación emocional, al distinguir como los detonadores influyeron en el desarrollo de sus síntomas, pudiendo diferenciar si estos corresponden a síntomas ansiosos o depresivos. Esta mejora en su capacidad reflexiva, ha potenciado la conexión con vivencias negligentes en su infancia, proceso que tiene como consecuencia un aumento de su malestar al comenzar a ser consciente de acontecimientos que no recordaba y de otros que nunca había compartido. Sin embargo, requiere consolidar la práctica autónoma de las estrategias aprendidas.</p>
Ajustes	<p>Se realizan ajustes de contenido en la sesión para reforzar aprendizajes previos, destacando su capacidad para reconectar con vivencias pasadas, siendo capaz de distinguir como cada detonador activó diferentes síntomas a nivel corporal. No se realizó actividad de mindfulness para priorizar la reflexión guiada debido a la profundidad del proceso de introspección que K. demostró.</p>

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

De la misma forma, el análisis de los indicadores definidos para este objetivo, correspondiente a las sesiones 5 y 6 se resume en la Tabla 12. Esta revisión permitió identificar avances en la incorporación de

estrategias de regulación emocional en K., sin embargo, esta habilidad aún se encuentra en proceso de consolidación.

Tabla 12

Análisis de los Resultados del Objetivo N°3 del Proceso de Intervención

Objetivo Específico	<i>Aumentar la capacidad de regulación emocional en K. para afrontar de manera efectiva situaciones que aumenten su sintomatología ansiosa y depresiva</i>
Indicador	Incremento en la frecuencia del uso de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena frente a situaciones generadoras de malestar emocional en K.
Sesiones	5 y 6
Medio de Verificación	Diario de autoregistro semanal contabilizando el número total de veces que se aplicaron estrategias de regulación emocional en situaciones relevantes, mediante el mismo diario.
Criterio de Logro	Se espera que K. utilice estrategias de regulación emocional al menos 3 a 4 veces por semana, mostrando un incremento progresivo a lo largo de las 8 semanas
Cumplimiento	Se evidenció un aumento sistemático del uso de estrategias de regulación emocional. No obstante, el promedio del uso de estrategias durante siete días continuos no supero un promedio de 4 veces a la semana, incluso en ocasiones reportó no haber utilizado ningún tipo de técnica de regulación emocional.
Resultado Obtenido	La práctica de estrategias de regulación emocional trabajadas en sesión, como la reestructuración cognitiva y el kit emocional, permitió que K. enfrentara de manera más adaptativa situaciones que aumentan su malestar emocional, retomando actividades protectoras como escuchar música o andar en bicicleta. Sin embargo, aún requiere apoyo para fortalecer la conciencia y el uso intencional de estas técnicas como herramientas efectivas para afrontar de manera efectiva situaciones que intensifican su sintomatología ansiosa y depresiva.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

A partir de este análisis, es posible señalar que los indicadores propuestos para este tercer objetivo muestran que K. logró conocer y comenzar a desarrollar técnicas de regulación emocional, pero aún no ha sido posible automatizar su uso, presentando dificultades para implementar estas estrategias de manera intencional. En consecuencia, aún es necesario reforzar estas herramientas dentro del espacio terapéutico, para aumentar su conciencia y aplicación frente a recuerdos o situaciones que intensifiquen su malestar. Por lo tanto, el tercer objetivo específico del proceso de intervención se considera parcialmente logrado.

No obstante, el hecho de que K. comenzar a relacionar estrategias de regulación con sus experiencias permitió que identificara con claridad sus detonantes, estableciendo relaciones entre sus emociones, pensamientos y conductas. Asimismo, mostró avances al establecer límites explícitos frente a estos detonadores, incluso hacia a su madre, reconociendo su derecho a decidir sin temor a las recriminaciones de su entorno. También fue capaz de recurrir a actividades protectoras como la música y la bicicleta, logrando ejercer mayor control sobre la intensidad de sus síntomas, evidenciando mayor claridad sobre su valor personal y la necesidad de protegerse emocionalmente.

En este contexto, la bicicleta se ha transformado en su principal recurso de contención, incorporándola como una actividad diaria que favorece tanto su bienestar físico y emocional, siendo una actividad significativa dentro de su proceso de autorregulación. Sin embargo, aún no logra incorporar de manera

consistente las técnicas de regulación emocional trabajadas como herramientas efectivas para afrontar situaciones de mayor demanda emocional.

Retomando el segundo objetivo específico del proceso de intervención, la Tabla 13 presenta los resultados obtenidos en la sesión 7, en la cual se inició el proceso psicoeducativo sobre la regulación emocional como estrategia para reducir la intensidad de emociones negativas.

Tabla 13

Análisis de Resultados Sesión N°7

Sesión	El pasado vive conmigo, aprendo a vivir con él.
Objetivo Planificado	Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.
Indicadores	Reducción de la intensidad de síntomas emocionales negativos como ánimo deprimido, irritabilidad, sensación de desesperanza, miedo, preocupación excesiva, tristeza profunda, culpa, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, sentimiento de fracaso en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Regulación Emocional. Tema: <i>Reestructuración narrativa. Resignificar lo vivido.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Trabajar los pensamientos automáticos y las vivencias guardadas en el frasco en base a preguntas como: ¿Qué pasó? ¿Qué pensé en ese momento? ¿Cómo me sentí? ¿Qué hice después?, para luego trabajar en base a reestructuración narrativa. - <u>Justificación</u> : Al incorporar la reestructuración narrativa como estrategia de regulación emocional, permite construir nuevos significados desde una posición más segura y reflexiva.
Análisis de Sesión	Al comienzo de la sesión, se observó más tranquila y con un mejor ánimo. Al consultar por su semana, refiere a una situación vivida durante el fin de semana con Mónica, relatando que ella estaba acostada viendo TV en una pieza y al sentir que Mónica se acercaba, su corazón comenzó a latir muy rápido, sus manos comenzaron a sudar e incluso tuvo dificultades para respirar, por lo que su reacción automática fue sentarse y apagar la TV, sin embargo, al hacer consciente estas emociones, respiro profundamente, se acomodó nuevamente y mantuvo una actitud indiferente. Señaló que no fue fácil, pero destacó que fue capaz de controlar lo que estaba sintiendo. Reconoció que nunca había actuado así, ya que siempre se muestra asustada y atenta como en señal de alerta a lo que Mónica podría hacer o decir. Nuevamente se hizo referencia a la importancia de la regulación emocional y el cómo poder reconocer nuestras señales internas, nos permite regular de manera más consciente nuestras emociones, favoreciendo respuestas adaptativas frente a los cambios y exigencias del entorno.
Resultados Obtenidos	Al contar con una mayor capacidad reflexiva, K. logró ir incorporando estrategias de regulación emocional aprendidas, siendo más consciente de sus respuestas fisiológicas y cómo estas influyen en sus pensamientos automáticos, siendo capaz de reestructurar y tomar decisiones pudiendo desplegar respuestas más adaptativas frente a los estímulos externos, condición que ha permitido percibir mayor seguridad de sí misma, siendo consciente de cómo ha podido ir enfrentando sus detonadores con el uso de las estrategias adquiridas.

Grado de Logro	Alto: K. comenzó a demostrar avances sostenidos en términos de regulación emocional, en la comprensión de sus detonadores y mejoras en el proceso de resignificación de experiencias pasadas. Aunque el proceso aún no logra ser automático y requiere apoyo para identificar como ha utilizado dichas estrategias, es consciente de la incorporación de estas herramientas y de cómo “ <i>aparecen</i> ” en condiciones en las cuales es necesario mejorar su respuesta emocional.
Ajustes	En esta ocasión se ajustó la técnica para favorecer el reconocimiento y resignificación de experiencias pasadas, validando la forma en que utilizó estrategias de regulación frente a uno de sus detonadores, buscando destacar su capacidad de comprensión y de conexión con su emocionalidad.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 14

Análisis de los Resultados del Objetivo N°2 del Proceso de Intervención

Objetivo Específico	Reducir la intensidad de síntomas emocionales negativos asociados a cuadros ansiosos y depresivos en K.		
Indicador	Reducción de la intensidad de síntomas emocionales negativos como ánimo deprimido, irritabilidad, sensación de desesperanza, miedo, preocupación excesiva, tristeza profunda, culpa, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, sentimiento de fracaso en K.		
Sesiones	7 y 11		
Medio de Verificación	DASS-21 (Ver Anexo 5)	BDI-2 (Ver Anexo 4)	PHQ-9 (Ver Anexo 6)
Criterio de Logro	Reducir 10 puntos en la escala de depresión, reducir 5 puntos en la escala de ansiedad y reducir 4 puntos en la escala de estrés	Reducción de un 15% en el puntaje total	Reducir el puntaje en la pregunta 1, 2, 6 y 9
Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Redujo 30 puntos en la escala de depresión • Redujo 22 puntos en la escala de ansiedad • Redujo 26 puntos en la escala de estrés 	<p>Obtiene 9 puntos en total.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pregunta 1 e redujo de 1 a 0 punto. • La pregunta 2 se redujo de 3 a 0 puntos. • La pregunta 3 se redujo de 2 a 1 puntos. • La pregunta 5 se redujo de 1 a 0 puntos. • La pregunta 8 se redujo de 2 a 0 punto. • La pregunta 10 se redujo de 1 a 0 puntos. • La pregunta 11 se redujo de 1 a 0 puntos. • La pregunta 12 se redujo de 2 a 0 puntos. 	<p>Obtiene 3 puntos en total</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pregunta 1 se redujo de 3 a 1 punto. • La pregunta 2 se redujo de 3 a 0 puntos. • La pregunta 6 se redujo de 2 a 0 puntos. • La pregunta 9 se redujo de 3 a 0 puntos.

		<ul style="list-style-type: none"> • La pregunta 14 se redujo de 2 a 0 punto. • La pregunta 15 se redujo de 1 a 0 puntos. 	
Resultado Obtenido	En cada una de las escalas disminuyó significativamente el puntaje total de cada escala superando ampliamente el criterio	Reducción de 16 puntos en las preguntas específicas de síntomas emocionales negativos, lo que implica una disminución de un 16%. Además, al reducir el puntaje total en 24 puntos, la escala disminuyó en un 24%	Reducción significativa en el autoreporte en la pregunta 1, 2, 6 y 9, pasando de casi todos los días a nunca, lo que permitió obtener un total de 21 puntos en la escala, pasando de una categoría de depresión severa hacia una de depresión mínima.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

En relación al análisis de datos realizado, el segundo objetivo específico se considera ampliamente logrado, debido a que K. presentó una reducción significativa en la intensidad de los síntomas emocionales negativos en todas las escalas aplicadas, superando los criterios de logro establecidos y mostrando un cambio clínicamente significativo en su funcionamiento emocional.

Siguiendo el orden de las sesiones planificadas, el cuarto objetivo específico del proceso de intervención se centró en *“Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K”*. Para ello, se implementaron técnicas orientadas al fortalecimiento del autoconcepto como la autocompasión y el uso de afirmaciones positivas, favoreciendo la resignificación de experiencias y emociones asociadas a situaciones que aumentan su malestar emocional.

Los resultados de las actividades planificadas para las sesiones 8, 9, 10, 12 y 15, se resumen desde la Tabla 15 a la Tabla 30. Posteriormente, en la Tabla 31 se detalla el análisis de estas sesiones según los indicadores establecidos para este objetivo del proceso de intervención. Sin embargo, debido a las necesidades emocionales de K., no fue posible mantener la planificación original, incluso fue necesario retomar las sesiones 11 y 12 en más de una ocasión para reforzar estrategias de autorregulación y autoconfianza trabajadas previamente.

Tabla 15

Análisis de Resultados Sesión N°8

Sesión	Trátate como tratarías a tu mejor amigo.
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Autoconfianza. Tema: <i>Autocompasión como base para la autoconfianza: soy mi mejor amigo.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Trabajar una carta y reconocer palabras de contención y apoyo presentadas. Además, escribir una carta desde su “yo compasivo”, utilizando las palabras que usaría para apoyar a un amigo, pero dirigiéndola a sí misma, dejar

	<p>en un sobre y etiquetarlo “Para cuando me sienta mal”. Luego trabajar en la definición de la autocrítica y la autocompasión.</p> <p>- <u>Justificación:</u> Hacer uso del modelo de autocompasión, la escritura terapéutica, buscó generar una postura más empática de sí misma, disminuyendo la autocrítica y fortaleciendo su capacidad de contención emocional. Además, al realizar una carta desde un “yo compasivo” funciona como un recurso tangible de autocuidado para momentos de mayor vulnerabilidad emocional.</p>
Análisis de Sesión	<p>Al ingresar a la consulta, es posible observar un evidente estado de preocupación, desbordándose en el saludo y sin poder contener su angustia, refirió estar muy preocupada por la hija de su prima Mónica, Verito. Señaló que su comportamiento es muy extraño, que no es la misma Verito de siempre, mencionó que bajó 10 kilos en dos semanas, que no habla, que no duerme y que mantiene una actitud distante con todos, inclusive con ella, siendo muy extraño porque siempre buscan estar juntas, pero ahora la evitaba. Además, siente como si ella hubiese perdido la confianza, porque pide que salga de la pieza o baño para vestirse, a pesar que siempre es ella quien la baña y se encarga de sus cuidados cuando va a sofruco. Consideró que era tan radical el cambio, que enfrentó por primera vez a Mónica, solicitando que la llevara al doctor, a lo cual Mónica respondió “<i>que no me metiera, que no era mi problema</i>”. Siente que algo “<i>malo</i>” pasó con Verito, aunque sin claridad de lo que sería. Continuó relatando que Mónica la mantiene en constante riesgo, ya que en reuniones con amigos y familiares, Mónica consume alcohol sin preocuparse de ella, incluso la dejaría sola o al cuidado de personas que no conoce.</p> <p>Considerando el contexto negligente que describió, se propuso hablar con Kena y poner en antecedente esta situación, para que actué como mediadora con Mónica y así puedan llevar a Verito a una atención médica que permita dilucidar que está ocurriendo, a lo que accede. Sin embargo, al contactar a Kena, refirió que la situación es compleja debido a las dificultades que tiene K. con Mónica, por lo que sería mejor no hacer nada ya que podría traer consecuencia para K., ante lo cual se plantea que en caso de existir un delito de vulneración de derechos, quienes no denuncian, son considerados cómplices, frente a esto, la madre propone hablar con familiares para evaluar la situación.</p>
Resultados Obtenidos	<p>Aunque no fue posible cumplir con la planificación original de la sesión, generar un espacio de confianza y priorizar el abordaje de contención emocional favoreció la reflexión cognitiva sobre sus emociones. Esto permitió que K. reconociera cómo el cuerpo y la emocionalidad se manifiestan por medio de cambios fisiológicos, los cuales responden a emociones específicas. Por lo tanto, esta experiencia facilitó, además, que identificara en Verito (su prima) la presencia de manifestaciones asociadas a la esfera emocional reforzando así sus avances en conciencia y regulación emocional.</p>
Grado de Logro	<p>Parcial Moderado: Debido a que K. presentó una alta labilidad emocional, se priorizo la contención generando un espacio de contención. En este contexto, K. logró conectar con la emocionalidad de otros y, simultáneamente, con sus propias vivencias, evidenciando un avance en su capacidad de introspección. Además, fue capaz de identificar en otros cómo ciertos cambios, tanto</p>

	conductuales como físicos, pueden reflejar malestar, demostrando así un mayor progreso en el reconocimiento emocional y de empatía
Ajustes	No fue posible ejecutar la planificación de esta sesión, debido a que K. asistió muy desbordada, siendo necesario priorizar un abordaje desde la contención. El desborde se asoció a la preocupación por cambios conductuales significativos en su prima Verito, manifestando sentimientos de impotencia ya que siente que no puede intervenir. Además, en la medida que fue posible, se reforzaron estrategias previamente aprendidas de regulación emocional, promoviendo el uso autónomo de estas herramientas en situaciones de alta demanda emocional.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 16

Análisis de Resultados Sesión N°9

Sesión	Reconociendo mi mapa de logros y fortalezas.
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
Indicadores	Incrementar la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica	- Técnica: Mapa de Autoconfianza. Tema: <i>Fortalezas internas y externas. Reconocer habilidades que den mayor seguridad. Logros personales.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Crear mapa con logros personales. Dividir la cartulina en 3 zonas: <i>Zona 1: Mis logros (incluir al menos 5, con año o edad, si se recuerda)</i> <i>Zona 2: Mis fortalezas (emocionales, sociales, académicas, creativas, etc.)</i> <i>Zona 3: Frases que me empoderan (inventadas o frases inspiradoras)</i> Reflexionar ¿Cómo se sintió al construir el mapa? ¿Qué logro te sorprendió más al recordar? ¿Qué fortaleza sientes que te ayuda en los días difíciles? ¿Qué sientes al mirar tu mapa? - <u>Justificación</u> : El uso de mapa de logros personales buscó fomentar la capacidad para identificar y validar fortalezas internas y externas, promoviendo una autoevaluación positiva que contribuya de forma positiva al desarrollo de la autoconfianza y regulación emocional.
Análisis de Sesión	Se trabajó la autoconfianza y se retomó la técnica del frasco, utilizando las siguientes preguntas ¿Qué fue lo que más me gusto? ¿Lo que entrego? ¿Quién soy? ¿Qué tengo? ¿Qué me gustaría ser? ¿Qué disfruto? Se trabajó con una pizarra los conceptos en dos columnas, lo positivo y lo negativo, para comenzar a construir quien soy y lo que tengo. En este proceso logró reconocer fortalezas tales como su capacidad comprensiva, su forma cariñosa, desconfiada, que tiene buena salud, que es simpática (pero selectiva), que es alta, competitiva, única (no hay otra como ella), que es especial (confianza en sí misma), observadora, que sabe escuchar y prestar atención (asociándolas al concepto de empatía), respetuosa, amable, divertida, valiosa, inconformista y autocrítica. También logró reconocer algunas actividades con las cuales disfrutar como leer, escuchar música, dormir, andar en bicicleta, ayudar a los demás y riéndose, clasificándolos como recursos positivos. En cuanto a lo negativo, logró identificar que es insegura, que tiene vergüenza, culpa, pensamientos negativos

	relacionados con la capacidad de hacer cosas, sentir que “no sirvo para nada”, enojona, miedosa, cobarde y con un constante sentimiento de sentirse tonta. Se trabajó con la estrategia de reestructuración cognitiva, pudiendo resignificar que la inseguridad y la culpa no la definen como persona sino más bien corresponden a un sentimiento relacionado con las vivencias de su infancia. Además, relacionó cómo los pensamientos automáticos han sido reforzados y perpetuados por su entorno, manteniendo esta idea de sentir que no hace nada bien, que es un desastre, que no sirve para nada, influyendo en su autopercepción de que es “tonta”. Asimismo, reconoció como el conjunto de conceptos negativos con los cuales se identificó, tienen relación con las expectativas que tiene su familia, principalmente en relación a lo que tiene que hacer y no en lo que ella quiere hacer.
Resultados Obtenidos	K. pudo identificar con claridad sus fortalezas y cómo estas han tenido efectos positivos sobre su bienestar emocional. Fue posible observar un incremento en su capacidad para verbalizar experiencias internas sin recurrir a la autocrítica o juicios negativos, validando emociones y pensamientos desde una perspectiva más compasiva. Además, al integrar la reestructuración cognitiva, permitió resignificar sentimientos de inseguridad y culpa, reconociéndolos como respuestas aprendidas más que rasgos identitarios.
Grado de Logro	Alto: K. ha demostrado un avance clínicamente significativo que favoreció el reconocimiento de sintomatología ansiosa y depresiva. Este proceso ha potenciado el fortalecimiento de su autoconfianza, incrementando la credibilidad en sus capacidades. Asimismo, logró discriminar con mayor claridad las manifestaciones sensoriales asociadas a síntomas ansiosos y/o depresivos, diferenciándolas de aquellas que forman parte de su identidad personal.
Ajustes	Se ajusta la técnica y la dinámica para mantener continuidad en proceso de regulación de K. por medio de la validación afectiva. Esto, debido a que en la sesión anterior se mostró altamente lábil al sentirse reflejada en un tercero respecto a las negligencias vividas durante su infancia. Por lo tanto, si bien la actividad fue modificada, el objetivo continuó focalizado en aumentar la percepción de autoconfianza por medio de herramientas de regulación emocional.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 17

Análisis de Resultados Sesión N°10

Sesión	Armando mi kit de recursos emocionales.
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
Indicadores	Incrementar la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Autoconfirmación. Tema: <i>Kit emocional</i> .
Justificación	- <u>Actividad</u> : Construcción de caja con herramientas de regulación emocional que ha identificado durante el proceso terapéutico tales como fotos, frases, recuerdos físicos, entre otros.

	- <u>Justificación</u> : La construcción del kit emocional se utilizó como estrategia psicoeducativa y de regulación emocional, favoreciendo la capacidad para identificar y consolidar recursos personales que promuevan la autorregulación frente al malestar. Además, el uso de un recurso tangible favorece la expresión emocional y da continuidad al trabajo autónomo de regulación fuera del espacio terapéutico.
Análisis de Sesión	Se retomó la planificación inicial de la intervención con la construcción de una caja de herramientas regulatorias. K. decoró la caja en base a sus gustos e intereses y la conversación se centró en los conceptos trabajados la semana anterior. Además, durante la elaboración del kit surgen dos recursos de los cuales no había hecho referencia anteriormente, la música y el mar, siendo incluidos como nuevos reguladores para ampliar sus alternativas de regulación emocional.
Resultados Obtenidos	Durante la sesión, mantuvo un estado emocional estable, evidenciando disposición, entusiasmo y mayor espontaneidad en su participación. Se observó una actitud lúdica y colaborativa, pudiendo interpretar esta conducta como una forma de disfrute en el desarrollo de la actividad. A medida que avanzó la tarea, K. pudo describir con claridad elementos que promueven en ella calma y seguridad.
Grado de Logro	Alto: La actividad se ejecutó en un clima de colaboración, mostrándose risueña y motivada a proponer ideas de cómo ir construyendo la caja. Su entusiasmo permitió observar una mejor actitud sobre sí misma, incluso bromeo en relación a sus gustos y dificultades con las manualidades. También identificó nuevos recursos que utilizó como decoración, la música y el mar.
Ajustes	No fue necesario realizar ajustes, K. comprendió el objetivo de la actividad y ejecutó las actividades de forma cómoda y lúdica.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 18

Análisis de Resultados Sesión N°11

Sesión	Activando mi kit emocional.
Objetivo Planificado	Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.
Indicadores	Reducción de la intensidad de síntomas emocionales negativos como ánimo deprimido, irritabilidad, sensación de desesperanza, miedo, preocupación excesiva, tristeza profunda, culpa, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, sentimiento de fracaso en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Autoconfirmación. Tema: <i>Emociones negativas</i> .
Justificación	- <u>Actividad</u> : Por medio de la reescritura de emociones negativas, hacer uso de las herramientas que fueron creadas para el kit de emociones para identificar la vivencia, reconocer la emoción, reconocer los síntomas, resignificar por medio de alguna técnica de regulación emocional y reconocer las habilidades que se fortalecieron en el proceso. - <u>Justificación</u> : El uso del kit emocional como técnica proyectiva permitió consolidar las diferentes estrategias revisadas durante el proceso terapéutico, buscando fortalecer y automatizar herramientas asociadas a la regulación emocional. Además, el poder contar con mensajes que surgen de su propia

	creación, promueven una reconexión con experiencias positivas, mejorando su autocompasión para conectar con respuestas más amables y adaptativas ante situaciones de estrés o conflicto.
Análisis de Sesión	En la sesión número once, K. manifestó que la semana había sido caótica, que los problemas con Kena se mantuvieron y cada vez son peores, mencionando que en reiteradas ocasiones, ella ha señalado que <i>“la terapia a la cual está asistiendo no la ha ayudado en nada, que ha sido peor”</i> . Consideró que la convivencia empeoró porque logró establecer límites, ya que no deja que Kena decida por ella o que la obligue a hacer lo que ella quiere. Reflexionó que ha sido capaz de adquirir la seguridad suficiente para decir no, aunque tenga una consecuencia negativa. Señaló que la discusión comenzó porque <i>“me dijo que le estoy robando porque se dio cuenta que tengo más plata en mi cuenta que ella, y eso me dio mucha pena, como rabia, ganas de llorar, pensé como una mamá puede pensar eso de su hija... Somos como dos extrañas. Y es en estas discusiones donde la Kena repite que soy floja, que dejó las cosas a la mitad, haciéndome sentir peor”</i> . Al consultar sobre qué estrategias de regulación utilizó, reportó no lograr manejar la adecuadamente la situación, indicando que nuevamente aumentó el uso del teléfono en las noche, incluso desordenó sus hábitos de alimentación. Comentó haber comenzado a analizar qué era lo que realmente la hacía sentir así mal, deprimida, desanimada, identificando que estas emociones aumentan cuando va a Sofruco, concluyendo que ir hacia ese lugar la hace sentir mal, porque se juntan sus tres detonantes, <i>“la Kena con su doble discurso, Mónica, porque pareciera que soy como un ají para ella y el tercer detonante, que es tan manipulador conmigo, siempre hace cosas para incomodarme”</i> .
Resultados Obtenidos	K. logró reconocer sensaciones fisiológicas que acompañan la tristeza y la rabia, conectando estas emociones con pensamientos autocríticos que refuerzan su malestar. Destacó el avance en su capacidad introspectiva, identificando como su autocrítica y culpa aumentan su sensación de soledad, demostrando mayor conciencia de cambio al señalar que ya no se deja arrastrar por sus emociones y al lograr de establecer límites.
Grado de Logro	Parcialmente Alto: Se evidenció mayor consciencia de aquellas emociones negativas que interfieren en su cotidianidad y de cómo sus detonadores aumentan la intensidad de sus síntomas. Aún requiere de apoyo terapéutico para utilizar estrategias de regulación emocional fuera del espacio terapéutico.
Ajustes	No fue necesario realizar ajustes significativos en la planificación inicial, sin embargo, se modificó la secuencia para profundizar en la validación emocional, en lugar de centrarse exclusivamente en el cumplimiento de la tarea. Esta flexibilidad permitió que K. se involucrara con mayor apertura, transformando la actividad en una experiencia significativa de autoexploración y regulación emocional.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 19

Análisis de Resultados Sesión N°12

Sesión	Agradezco reconozco y confío en mí.
--------	-------------------------------------

Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica Justificación	<p>- <u>Técnica</u>: Autoconfianza. <i>Gratitud como herramienta de conexión interna.</i></p> <p>- <u>Actividad</u>: Elaborar una librería para escribir motivos por los cuales se siente agradecida. Continuar con un ejercicio guiado para resignificar creencias negativas con afirmaciones de empoderamiento para el kit emocional.</p> <p>- <u>Justificación</u>: Utilizar la gratitud como una herramienta de conexión interna y fortalecimiento de la autoconfianza, se buscó promover una visión más empática de sí misma y favorecer la regulación emocional.</p>
Análisis de Sesión	<p>El día agendado para la sesión número 12, me contactó telefónicamente muy desbordada, informando que no iba poder asistir. Al retomar la sesión, solicitó no grabar, ya que necesitaba hablar sobre el tercer detonante, a lo cual se accedió. Al comenzar, solicitó que su relato no fuese informado a su mamá, porque ella no va a creer y significaría aumentar los problemas que ya tienen. Al inicio de su relato, su postura corporal comenzó a observarse más tensa, siendo evidente su dificultad para regularse, por lo que se indicó que se tomara el tiempo que estimaba necesario. Seguidamente, comenzó a tirar sus dedos y a llorar. Dada sus dificultades para controlar su ansiedad, pregunté si necesitaba que realizara preguntas indagatorias para que ella pudiese responder, a lo que accedió. Luego de un par de preguntas, pregunté directamente si había sido vulnerada, afirmando con su cabeza, sin poder dejar de llorar. Luego de unos minutos en silencio, señaló sentir un gran alivio, que nunca lo había contado "<i>nadie sabe lo que me pasó</i>", sintió que al fin logró sacar un gran peso de su cabeza, de su cuerpo. Seguidamente, me preguntó "<i>¿usted sabe quién fue?</i>", al mencionar a un par de personas, negó con el movimiento de su cabeza, me interrumpió diciendo "<i>fue el Nando</i>", integrante de la familia que no había aparecido en sus relatos. Refirió que desde los 9 años fue abusada, siendo la primera vez en una festividad de año nuevo en Sofruco. Continuó explicando que al día siguiente no entendía lo que había pasado, que incluso no se había levantado y que tampoco había comido, situación que nadie percibió. Este abuso volvió a ocurrir, de forma frecuente, 3 a 4 veces por semana, y nadie lo percibió. Nando es el "<i>bueno de la familia, pero no vive en Sofruco, vive en Rosario</i>" por lo que utilizaba a su nieto como excusa para ir por ella. Siempre se negó y solo su abuela validaba su decisión, sin dejarla ir, sin embargo, Kena la obligaba, retándola y diciendo que yo era una mañosa. Con el paso de los años, lo enfrentó, pero cuando ya tenía 14 o 15 años, respondiendo "<i>que era mi culpa lo que pasaba y que no lo importaba porque tenía más plata que mi mamá y que las cosas se resuelven así, con plata, así que le daba lo mismo</i>". Cerramos la sesión reforzando que ella fue víctima y no la responsable del abuso reconociendo y validando su capacidad resiliente para enfrentar y elaborar dicha vivencia. Además, agradecí la confianza, expresando creer en su relato.</p>
Resultados Obtenidos	Se evidenció un avance clínicamente significativo en términos de apertura emocional y confianza en el vínculo terapéutico. El poder narrar por primera vez su experiencia de abuso sostenido constituyó un hito dentro del proceso,

	<p>permitiendo liberar un alto nivel de tensión emocional acumulado. Esto se pudo observar al inicio por una marcada desregulación emocional y llanto persistente, tensión corporal y movimientos repetitivos, evidenciando la intensidad del recuerdo y su impacto traumático. A medida que avanzó en su relato, fue transitando a un estado de mayor calma y alivio subjetivo.</p>
Grado de Logro	<p>Alto: El poder verbalizar una experiencia de abuso sostenido en su infancia constituye un hito de apertura emocional y de confianza en el vínculo terapéutico. Fue capaz de expresar su vivencia desde un alto nivel de desregulación hasta llegar a un estado de alivio subjetivo al sentirse escuchada y validada.</p>
Ajustes	<p>Para esta sesión se realizó un ajuste total de la planificación, priorizando el espacio terapéutico como recurso de contención frente al relato de K., siendo necesario ir manejando las intervenciones en coherencia al ritmo y contenido de su narrativa.</p>

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 20

Análisis de Resultados Sesión N°13

Sesión	Conectarme sin miedo.
Objetivo Planificado	Aumentar la frecuencia de interacciones sociales positivas de K.
Indicadores	Incrementar la frecuencia y la calidad de interacciones sociales positivas tales como conversaciones significativas (presenciales y/u online), participación en actividades grupales (deportivas, sociales, familiares) y apoyo emocional entre pares, en adolescentes con síntomas de ansiedad y depresión. Esto se medirá a través del registro de interacciones sociales positivas por parte de K. y de su autopercepción sobre la calidad de estas interacciones.
Actividad Técnica Justificación	<p>- <u>Técnica</u>: Reconocimiento Emocional y Confianza Interpersonal. Tema: Reconocimiento de emociones asociadas a lo social</p> <p>- <u>Actividad</u>: Por medio de dinámicas se espera fortalecer el concepto de confianza para comenzar a establecer relaciones interpersonales. Una de las dinámicas es “El objeto compartido” que consiste en elegir un objeto que represente cómo se siente estar con otros. A esta actividad se suma “Lo que me frena – lo que me ayuda”, haciendo uso de post-its y de hojas con figuras humanas, anotando cuales son los motivos que facilitan o dificultan mis interacciones. Finalizar con dos preguntas ¿Qué emociones aparecen cuando me relaciono? ¿Hay algo que me gustaría decir, pero no me atrevo? ¿A quién?</p> <p>- <u>Justificación</u>: La externalización emocional permite explorar emociones asociadas a las relaciones sociales, reconociendo lo que facilita o dificulta el vínculo con otros, lo que favorece la construcción de confianza interpersonal.</p>
Análisis de Sesión	<p>La sesión no fue grabada. En esta ocasión se abordó su estado emocional post revelación. Señaló que ese día durmió toda la noche y muy tranquila, mencionó que realmente sintió alivio, pero que la pena había vuelto a aparecer. Sostuvo que al recordar dichos acontecimientos, comenzaron a aparecer muchos recuerdos, momentos, sentimientos y temores. Al conectar con la pena se desborda, debido a que tiene la impresión de que Verito también sería víctima de Nando, señalando que se identificó con el comportamiento de Verito, considerando que tuvo un cambio muy similar al de ella posterior al</p>

	<p>abuso, por lo que al recordar y poner atención en la forma en que Nando se relaciona con Verito, cumpliría a características similares a las vivencias de su infancia. Esta idea la desborda, se siente de manos atadas y con mucha rabia; no logra entender como nadie en su familia se da cuenta de estas cosas, como nadie va a dudar o a tener la impresión que pasan cosas, pero también piensa en la posibilidad que hay algunos familiares que podrían saber, pero que no dicen nada, lo que es coherente con el funcionamiento familiar, ya que el secreto se posiciona como actor principal dentro de las interacciones. Se planteó que una de las opciones es enfrentar a Nando o a Mónica, sin embargo no serían las vías correctas debido a la baja credibilidad y posicionamiento de K. dentro del grupo familiar, además previamente Kena tampoco se hizo parte de este problema. Por lo que se propuso conversar con Verito y comenzar a construir una relación de confianza, fortaleciendo un vínculo seguro, reforzando la disponibilidad incondicional. Esto le hizo sentido, sintiéndose más tranquila.</p>
Resultados Obtenidos	<p>K. mostró una adecuada capacidad reflexiva al explorar las consecuencias internas y externas relacionadas a la revelación del abuso. Teniendo mayor conciencia del impacto que implica el secreto familiar, reconociendo como estas dinámicas de silencio y negación han desarrollado y mantenido sus sentimientos de soledad, culpa y desconfianza hacia los adultos.</p> <p>Destacó el mensaje resiliente en su narrativa, reflejando como ha logrado transformar su dolor en motivación, preocupación y protección en el cuidado de Verito.</p>
Grado de Logro	<p>Parcialmente alto: Logró regular progresivamente su afectividad con apoyo terapéutico, mostrando un buen ajuste en términos de contención emocional como también reflexiva. Sin embargo, aún no es posible diferenciar su responsabilidad emocional, debido a sus pensamientos de impotencia y desconfianza hacia su entorno. Por lo demás, fue posible evidenciar que aún no consolida estrategias claras de afrontamiento, por lo que requiere reforzar en herramientas de autocuidado.</p>
Ajustes	<p>La sesión no se ejecutó de acuerdo a la planificación, ajustándose en relación a las necesidades emocionales de K. proporcionando un espacio de disponibilidad terapéutica, respetando sus tiempos y validando su relato.</p>

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 21

Análisis de Resultados Sesión N°14

Sesión	Se retoma sesión N°8 Trátate como tratarías a tu mejor amigo para reforzar habilidades de autocompasión y autoconfianza
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Autoconfianza. Tema: <i>Autocompasión como base para la autoconfianza: soy mi mejor amigo.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Trabajar una carta y reconocer palabras de contención y apoyo presentadas. Además, escribir una carta desde su "yo compasivo", utilizando las

	<p>palabras que usaría para apoyar a un amigo, pero dirigiéndola a sí misma, dejar en un sobre y etiquetarlo "Para cuando me sienta mal". Luego trabajar en la definición de la autocrítica y la autocompasión.</p> <p>- <u>Justificación:</u> Hacer uso del modelo de autocompasión, la escritura terapéutica, buscó generar una postura más empática de sí misma, disminuyendo la autocrítica y fortaleciendo su capacidad de contención emocional. Además, al realizar una carta desde un "yo compasivo" funciona como un recurso tangible de autocuidado para momentos de mayor vulnerabilidad emocional.</p>
Análisis de Sesión	<p>Al inicio de la sesión se aborda su estado emocional, a lo cual manifestó estar cómoda y más aliviada. Consideró que el haber podido revelar los hechos de abuso fue como <i>"sacarme una carga que ya no soportaba más, porque no me dejaba dormir, comer, avanzar con mi vida... era como si algo me hubiese amarrado y no me podría mover, avanzar"</i>, frente a este relato se felicita por sus avances y por su capacidad resiliente, por el hecho de querer avanzar y por sobre todo por confiar en ella, por posicionarse en primer lugar, por encontrar un nuevo sentido a su vida. Se retoma con las actividades de autocompasión, demostrando cómo el hecho de percibirse a sí misma como una persona valiosa, capaz, significativa, permite percibir e interpretar sus emociones de manera más positiva. Sin embargo, K. toma la conversación y comienza a relatar como ella se relaciona con los integrantes de su familia y como es la interacción entre ellos, condición que permite interpretar que la crítica es una variable que ha perpetuado en el tiempo y que forma parte de la cultura familiar.</p>
Resultados Obtenidos	<p>Destacó el reconocimiento sobre sus avances y su decisión de priorizarse. Además, al poder conectar y describir quienes conforman su familia, permitió reconocer como sus habilidades y características personales no se ajustan a la cultura y tampoco a las prácticas que caracterizan la interacción familiar, pudiendo validar, de alguna manera, como su funcionamiento no se ajusta a las expectativas familiares.</p>
Grado de Logro	<p>Parcial Bajo: Aún no logra alcanzar un adecuado nivel de autoconfianza, ya que la autocrítica sigue siendo un patrón altamente arraigado y reforzado por su contexto familiar.</p>
Ajustes	<p>No fue posible realizar las actividades planificadas para la sesión, sin embargo, fue posible trabajar sobre la autoconfianza y la autocompasión como estrategias de regulación emocional.</p>

Tabla 22

Análisis de Resultados Sesión N°15

Sesión	<p>Se retoma sesión N°9 correspondiente a planificación original, ya que no se realizó actividad 2 y 3.</p> <p><i>"Reconociendo mi mapa de logros y fortalezas"</i></p>
Objetivo Planificado	<p>Aumentar la percepción positiva de autoconfianza en K.</p>
Indicadores	<p>Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.</p>

Actividad Técnica Justificación	<p>- <u>Técnica</u>: Mapa de Autoconfianza. Tema: <i>Fortalezas internas y externas. Reconocer habilidades que den mayor seguridad. Logros personales.</i></p> <p>- <u>Actividad</u>: Crear mapa con logros personales. Dividir la cartulina en 3 zonas: <i>Zona 1: Mis logros (incluir al menos 5, con año o edad, si se recuerda)</i> <i>Zona 2: Mis fortalezas (emocionales, sociales, académicas, creativas, etc.)</i> <i>Zona 3: Frases que me empoderan (inventadas o frases inspiradoras)</i></p> <p>Reflexionar ¿Cómo se sintió al construir el mapa? ¿Qué logro te sorprendió más al recordar? ¿Qué fortaleza sientes que te ayuda en los días difíciles? ¿Qué sientes al mirar tu mapa?</p> <p>- <u>Justificación</u>: El uso de mapa de logros personales buscó fomentar la capacidad para identificar y validar fortalezas internas y externas, promoviendo una autoevaluación positiva que contribuya de forma positiva al desarrollo de la autoconfianza y regulación emocional.</p>
Análisis de Sesión	<p>Comenzó la sesión indicando que tiene problemas para adaptarse a su nueva forma de vida porque se cansa, indicando que antes dormía alrededor de 12 o 14 horas al día, en cambio ahora tendría un día más productivo porque lee, anda en bicicleta, ingresó a los cursos gratuitos de Banco Santander en formato online, por lo que mantiene su día bastante ocupado. Al consultar por Kena, quien ya fue informada del abuso por parte de Nando, señaló que no hay ningún cambio, incluso el fin de semana habrían discutido porque ella no quería asistir a un cumpleaños familiar en la casa de Nando, y como no fueron, él fue a su casa a dejar carne y torta de la celebración, por lo que K. se molestó demostrando su incomodidad de que Nando estuviera ahí, lo mismo habría ocurrido durante la semana, por lo cual K. enfrenta a Kena, quien nuevamente toma una posición poco coherente, indicando que es la oportunidad que tienen para seguir aprovechándose de él.</p>
Resultados Obtenidos	<p>K. se mostró disponible para retomar la planificación original de la sesión. Durante la actividad, logró identificar hitos personales significativos, reconocer fortalezas internas y externas que han contribuido en su proceso terapéutico, potenciando una percepción más positiva de sí misma. Expuso dificultades para adaptarse a su nueva rutina más activa, aunque reconoció avances que antes no lograba identificar, evidenciando un aumento en su autoconcepto y en la toma de conciencia de sus recursos emocionales.</p>
Grado de Logro	<p>Parcialmente Alto: Evidencia un avance significativo en la percepción de su autoconcepto, identificando y validando sus logros personales como también sus fortalezas. A pesar de que aún se mantienen factores familiares que interfieren en su estabilidad emocional, es capaz de reflexionar sobre ellos sin perder su foco en las actividades de la sesión.</p>
Ajustes	<p>Esta Actividad se desarrolló en tres sesiones</p>

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 23

Análisis de Resultados Sesión N°16

Sesión	<p>Se continuó con sesión N°9 no finalizada en sesión anterior. <i>"Reconociendo mi mapa de logros y fortalezas"</i></p>
Objetivo Planificado	<p>Aumentar la percepción positiva de autoconfianza en K.</p>

Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Mapa de Autoconfianza. Tema: <i>Fortalezas internas y externas. Reconocer habilidades que den mayor seguridad. Logros personales.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Crear mapa con logros personales. Dividir la cartulina en 3 zonas: <i>Zona 1: Mis logros (incluir al menos 5, con año o edad, si se recuerda)</i> <i>Zona 2: Mis fortalezas (emocionales, sociales, académicas, creativas, etc.)</i> <i>Zona 3: Frases que me empoderan (inventadas o frases inspiradoras)</i> Reflexionar ¿Cómo se sintió al construir el mapa? ¿Qué logro te sorprendió más al recordar? ¿Qué fortaleza sientes que te ayuda en los días difíciles? ¿Qué sientes al mirar tu mapa? - <u>Justificación</u> : El uso de mapa de logros personales buscó fomentar la capacidad para identificar y validar fortalezas internas y externas, promoviendo una autoevaluación positiva que contribuya de forma positiva al desarrollo de la autoconfianza y regulación emocional.
Análisis de Sesión	Se realizó segunda aplicación de los instrumentos utilizados durante el proceso de evaluación, para identificar si el hecho de haber realizado la denuncia influyó en su sintomatología ansiosa y depresiva. Al consultar por su semana, refiere que sintió mucho nervio al estar en la PDI pero era <i>“algo que tenía que hacer”</i> , también mencionó recibir un par de llamados desde fiscalía que generaron mayor ansiedad ya que confirmaron que darían curso a la investigación, por lo que tuvo que entregar nuevos antecedentes. También informaron de una línea telefónica que funciona como canal de protección, sintiéndose más segura, ya que frente a cualquier situación de riesgo puede contar con este apoyo. Se destacó su valentía y resiliencia, proporcionando un resumen de sus avances y como se han reflejado en sus cambios durante el proceso terapéutico. Posteriormente, se da inicio a la actividad que quedo pendiente de la semana anterior, trabajando en sus fortalezas, para lo cual utiliza su cuaderno de anotaciones destacando <i>“hay una fortaleza que tuve siempre la empatía... yo creo que me ayudaba a no sentirme tan sola, me permitió conectar con los demás”</i> . Destacó la frase <i>“lo mejor está por venir”</i> , considerando que resume todo su logro terapéutico.
Resultados Obtenidos	- <u>Resultados Cuantitativos</u> : Segunda aplicación de cuestionarios. Sus resultados evidenciaron una mejora clínicamente significativa en relación a los síntomas ansiosos y depresivos (Ver Anexo 4, Anexo 5 y Anexo 6): -DASS-21: Escala de Ansiedad: 2 pts. Escala Depresión: 8 pts. Escala Estrés: 8 pts. - BDI-2: 9 pts., mínima depresión. - PHQ-9: 3 pts., depresión mínima o sin depresión. - <u>Resultados Cualitativos</u> : A través de la construcción del mapa fue posible evidenciar como K. comenzó a reconocer y validar sus recursos, demostrando una mayor confianza en sí misma. Además, el poder identificar como logros personales sus avances terapéuticos por medio de acciones realizadas fuera del espacio terapéutico, permitiendo reconocer una adecuada integración de herramientas propias de la regulación emocional.

Grado de Logro	Alto: K. evidenció un mayor fortalecimiento de sus recursos emocionales y adaptativo, logro que se reflejó al realizar la denuncia, que por lo demás es ella que toma la decisión de realizar la denuncia, relatando los hechos por primera vez a una entidad gubernamental y en el contacto posterior con fiscalía. Pese a la demanda emocional que generaron ambas situaciones logró manejar sus emociones sin desorganizarse utilizando adecuadamente estrategias de regulación emocional. También, identificó y validó habilidades personales, evidenciando una narrativa más positiva sobre sí misma.
Ajustes	Debido a que en sesión anterior no fue posible terminar la actividad, se continuó avanzando en la construcción del mapa. Además, se agregó una evaluación cuantitativa con instrumentos utilizados en el proceso de evaluación para evaluar si existió un impacto negativo el haber realizado la denuncia.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 24

Análisis de Resultados Sesión N°17

N° Sesión	Se continuó con sesión N°9 no finalizada en sesión anterior. <i>“Reconociendo mi mapa de logros y fortalezas”</i>
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza en K.
Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Mapa de Autoconfianza. Tema: <i>Fortalezas internas y externas. Reconocer habilidades que den mayor seguridad. Logros personales.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Crear mapa con logros personales. Dividir la cartulina en 3 zonas: <i>Zona 1: Mis logros (incluir al menos 5, con año o edad, si se recuerda)</i> <i>Zona 2: Mis fortalezas (emocionales, sociales, académicas, creativas, etc.)</i> <i>Zona 3: Frases que me empoderan (inventadas o frases inspiradoras)</i> Reflexionar ¿Cómo se sintió al construir el mapa? ¿Qué logro te sorprendió más al recordar? ¿Qué fortaleza sientes que te ayuda en los días difíciles? ¿Qué sientes al mirar tu mapa? - <u>Justificación</u> : El uso de mapa de logros personales buscó fomentar la capacidad para identificar y validar fortalezas internas y externas, promoviendo una autoevaluación positiva que contribuya de forma positiva al desarrollo de la autoconfianza y regulación emocional.
Análisis de Sesión	Comenzó la sesión señalando que Verito dijo “tengo una mamá alcohólica y adicta al cigarro”, porque Mónica lo comentó en un almuerzo, por lo cual K. molesta preguntó qué era lo gracioso, generando una discusión con Mónica, pero los otros asistentes ignoraron la situación. Mencionó que una noche, Kena se acercó a su pieza en la madrugada y la miraba, al despertar no entendió lo que pasaba. Al día siguiente al consultar que estaba haciendo en su pieza, Kena respondió que no era así que estaba loca. Esta acción la evalúa como un acto de culpa <i>“la culpa se la debe estar comiendo... como mi tía Coni le contó lo que me paso, siente culpa, pero no se atreve a decir nada”</i> . Refirió no querer hablar con Kena sobre la situación con Nando <i>“prefiero hacerme la lesa”</i> porque con la Kena no quiero hablar <i>“hay días que tengo como dos visiones de cómo veo a la</i>

kena... de una niña herida de la kena y otra de una niña enojada... como que la odia, no la quiere... puras cosas negativas... no la estoy culpando, me pasa eso, mi yo pequeña como que no la quiere, como que no hay vinculo, si la veo desde hoy como mujer, me da lástima (preocupación y pena) la Kena, porque es vieja y sola. No hay un vínculo de madre e hija... incluso podría decir que somos dos extrañas viviendo en una misma casa, ella no sabe nada de mí y yo no sé nada de ella". Llegó a la conclusión de que siempre hay un problema entre ellas *"siempre se enoja, todo le molesta, me reclama de todo, solo porque yo no me quiero involucrar con problemas de otros o de sus hermanos, y eso le molesta"* Al asociar esta información con el mapa de habilidades, fortalezas y logros, consideró que hoy es capaz de establecer nuevos objetivos en su vida, ser independiente y estudiar.

Resultados Obtenidos	K. participó activamente en la construcción del mapa de logros, identificando fortalezas y metas personales, destacando reconocer al menos 5 logros y más de 3 fortalezas, lo que implica una mayor disposición para reconocerse desde una mirada más positiva. Logró vincular sus experiencias emocionales con sus recursos internos, mostrando mayor autonomía, insight y autoconfianza.
Grado de Logro	Parcial Alto: La sesión permitió fortalecer su percepción de autoconfianza y validar recursos personales que la ayudan en momentos de mayor vulnerabilidad emocional.
Ajustes	Al inicio de la sesión fue necesario ajustar los tiempos para poder contener el malestar de K. frente a los acontecimientos recientes con Kena y su reacción frente al relato del abuso. Posteriormente, la actividad del mapa se ejecutó de acuerdo a lo planificado.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 25

Análisis de Resultados Sesión N°18

N° Sesión	Se vuelve a realizar N°11 para reforzar estrategias de regulación emocional
Objetivo Planificado	<i>Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.</i>
Indicadores	Reducción de la intensidad de síntomas emocionales negativos como ánimo deprimido, irritabilidad, sensación de desesperanza, miedo, preocupación excesiva, tristeza profunda, culpa, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, sentimiento de fracaso en K.
Actividad Técnica Justificación	- <u>Técnica</u> : Autoconfirmación - <u>Actividad</u> : Por medio de la reescritura de emociones negativas hacer uso de las herramientas que fueron creadas para el kit de emociones para identificar la vivencia, reconocer la emoción, reconocer los síntomas, resignificar por medio de alguna técnica de regulación emocional y reconocer las habilidades que se fortalecieron en el proceso. - <u>Justificación</u> : Esta actividad buscó consolidar el proceso de autorregulación emocional y fortalecimiento del autoconcepto por medio de la autoconfirmación. Al hacer uso de emociones negativas se pueden aplicar herramientas adquiridas durante todo el proceso.
Análisis de Sesión	Sesión se inició preguntando por sus fiestas patrias, señalando que estuvo enferma incluso con fiebre, el 19 de septiembre iba a ir a Sofruco pero como su papá contó que iba Nando no asistió. En cuanto Kena, comentó que pelearon

	<p>todas las fiestas por el mismo tema de Nando, quién refiere no tener conocimientos de los motivos por los cuales K. <i>“le tiene tanta mala, si siempre ha estado ahí”</i> y respondió que no quería seguir hablando de él por lo que ella se enojó. Indicó que tiene una muy mala percepción de K., señalando <i>“que señora más falsa, estábamos en la casa de mi tía coní, la llamo Nando, y me pidió que viera quien la llamaba, le dije que era Nando y me dijo alto totalmente distinto... no me mando ni que le contestara ni porque yo no le quería contestar... ah dijo yo no quiero hablar con ese...yo no sé porque webea tanto llamando ese... (Terapeuta: ¿estaba la coní ahí?, a lo que respondí sí)... le dije que si le pasaba el teléfono y me dice no, no quiero hablar con el... yo estaba pensando... que son versiones totalmente distintas... porque la misma situación estando las dos solas en la casa es totalmente distinto”</i>. Al consultar por su sintomatología, consideró que estuvieron un poco más altos pero lo relacionó con que no salió debido a que tuvo flojera y no se motivó a salir.</p>
Resultados Obtenidos	Logró resignificar su malestar desde una postura más consciente y autocompasiva, mostrando una adecuada capacidad reflexiva al analizar los conflictos recientes con Kena y la situación con Nando, pudiendo identificar como estas situaciones tienen relación con la percepción de un aumento en su sintomatología.
Grado de Logro	Parcial Alto: K. se involucró activamente con el uso de las herramientas del kit emocional, identificando claramente vivencias que activaron su malestar, pudiendo reconocer la emoción predominante, describir los síntomas y aplicar técnicas de regulación emocional. Pese a ello, aún es posible identificar cierta variabilidad en la intensidad de sus emociones negativas, asociadas a factores contextuales y relacionales que continúan influyendo en su estabilidad emocional.
Ajustes	Si bien la sesión se mantuvo dentro de la planificación original, se realizó un ajuste al dedicar más tiempo del previsto a procesar los acontecimientos vividos durante las fiestas patrias. El ajuste se realizó para facilitar la contención emocional y promover una mayor conexión entre las experiencias recientes y el uso de estrategias de regulación.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 26

Análisis de Resultados Sesión N°19

N° Sesión	Se vuelve a realizar N°12 para reforzar estrategias de regulación emocional. <i>Agradezco, reconozco y confío en mí.</i>
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K.
Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica Justificación	- <u>Técnica</u> : Afirmaciones positivas como recurso para el fortalecimiento del diálogo interno, por medio de la creación de afirmaciones positivas. Tema: <i>Gratitud como herramienta de conexión interna.</i> - <u>Actividad</u> : Uso de Diario de Gratitud, explicación breve: ¿Qué es? ¿Para qué sirve? Elaborar libreta para escribir motivos por los cuales se siente agradecida.

	<p>Luego, continuar con ejercicio guiado para transformar creencias negativas en afirmaciones de empoderamiento.</p> <p>- <u>Justificación</u>: El uso de afirmaciones positivas y ejercicios de gratitud busca fortalecer su autoconcepto, queriendo construir una visión más compasiva al momento de enfrentar la autocrítica. Incorporar la gratitud como una práctica continua favorece el reconocimiento de aspectos positivos de su vida y de sí misma, incrementando emociones de bienestar y esperanza.</p>
Análisis de Sesión	<p>Comenzó la sesión en la búsqueda de avances en relación a la confianza, confirmando que sí ha tenido mejoras las que muchas veces uno mismo no las reconoce, pero otros sí lo perciben, relatando que durante la semana se encontró con una asistente social que visitó hace un tiempo indicando que ella le dijo en el saludo <i>“te ves mucho mejor”</i> lo que me hizo sentir un alivio, porque alguien que no es cercano, con la que uno no se relaciona, ve el cambio y <i>“eso es gratificante, porque yo creo... que con eso uno es más consciente... la gente también lo está notando, no es por hacerlo por otras personas sino que cada día estoy mejor”</i>. Al preguntar por la relación por K. indicó que esta peor que nunca, incluso refiere que está cansada de sus reclamos respecto a la plata, que está cansada, además como ya no me hago cargo de las platas, desordenó todas sus tarjetas y la tuve que ayudar a refinanciarlas. Nuevamente tuvieron problemas por Nando, ya que K. insiste en no recibir la ayuda de él, a lo cual Kena responde a <i>“que soy una mal agradecida”</i>. También se preguntó por las opciones de trabajo, sin embargo, a la fecha no ha sido contactada. Se recomienda ir a OMIL como alternativa. Seguidamente, indicó que la última semana su cabeza <i>“estuvo como una juguera, con lo mismo de siempre, por mi familia en general”</i>. Al observar la disposición de K., ya que en un momento señaló <i>“hoy la K. llegó en Júpiter”</i>, se hace entrega de un cuaderno de croquis para construir un diario de gratitud, se explicó el objetivo y forma de trabajo; como no fue posible elaborar la libreta, se solicitó decorar la portada.</p>
Resultados Obtenidos	<p>K. mostró mejoras en la percepción de su autoconfianza al reconocer avances personales y al validar cambios observados por terceros. Mantuvo una actitud reflexiva en relación a como los factores estresores de su familia continúan afectando su estado emocional, especialmente los conflictos con su madre y la situación con Nando. También mostró buena disposición a trabajar con el diario de gratitud, evidenciando mayor conciencia de su progreso y apertura a seguir desarrollando habilidades de autorregulación.</p>
Grado de Logro	<p>Parcial Alto: Se evidenciaron avances significativos en el fortalecimiento de su autoconfianza reconociendo cambios en sí misma. Si bien, sus detonadores aún generan malestar, K. logró mantener una actitud activa y receptiva, progresando en su capacidad reflexiva y de autovaloración.</p>
Ajustes	<p>Se retoma sesión n°12 de la planificación inicial, debido a que K. no ha logrado incorporar como una práctica continua la gratitud, manteniendo muy presente la autocrítica a la hora de enfrenar nuevos desafíos, condición que aumenta su sensación de inseguridad. Además, no fue posible construir una libreta, por lo que se entregó un cuaderno de croquis y se decoró la portada con stickers.</p>

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 27

Análisis de Resultados Sesión N°20

Sesión	Se realiza sesión N°8 debido a que no se ejecutó en planificación original.
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza en el uso de estrategias de regulación emocional en K.
Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica	- <u>Técnica</u> : Autoconfianza. Tema: <i>Autocompasión como base para la autoconfianza: soy mi mejor amigo.</i>
Justificación	- <u>Actividad</u> : Definir que es la autocrítica y cómo impacta a nivel emocional. Definir que es la autocompasión e identificar como ayuda a interpretar nuestras vivencias. Posteriormente, elaborar cartas con palabras y/o frases de cada uno de estos conceptos. Preguntar ¿Qué tan difícil fue escribir? ¿Qué fue lo más difícil? ¿Te habías hablado de una manera más compasiva alguna vez? - <u>Justificación</u> : Esta técnica busca fortalecer la autoconfianza de K. a través del desarrollo de la autocompasión, promoviendo una actitud más amable y comprensiva hacia sí misma.
Análisis de Sesión	La sesión inició abordando el contacto que realizó la madrina de K. con terapeuta indicando que Kena enfrente a K. indicando que sabía lo que había pasado a lo que respondió que ese día habían discutido todo el día por teléfono porque no quería ir al cumpleaños de mi papá porque era en Rosario, por lo cual insistió en que no quería ir porque no tenían quien las llevara de vuelta y ella insistía en que Nando las llevaría, <i>“cuando llegó a la casa continuo insistiendo por el cumpleaños y me dice yo sé porque tú siempre andas enojada y yo sé lo que a ti te paso...a lo que respondí... ¿entonces qué fue lo que me pasó?... yo sé lo que te hizo Nando... ya y si sabes que quieres que haga yo... espéreme que estoy tratando de recordar detalladamente la conversación... y ella me dice... si te creo... y le dije me crees o lo estas dudando?... porque fue como un... yo... te creo... ahí yo me enoje... y ahí me dice yo he sufrido más que tú con esto... y yo respondí ... imposible cómo vas a sufrir tú más que yo con esto si fui yo la que vivió esto... y ahí se enojó... y me dice como que imposible... tu no sufrirías por mí sí me pasara algo así?... y le respondí... esto no te paso a ti... me pasó a mí ... te estoy diciendo que no todas las conversaciones van en ti... ya cállate le dije que no te quiero escuchar más... y en eso se resumió el día viernes”</i> . Continuó con su relato, indicando que no hablaron hasta el día domingo, ella la abordó nuevamente solo para decir que era la última vez que iba a hablar del tema y que quería preguntar <i>¿por qué me dices esto ahora si lo sabías hace tiempo?... ahí se volvió a enojar y me dijo que yo le cuento todo a las otras y a ella no le cuento nada... y me dice... es que tu ninita me mando a hablar contigo el otro día... y le dije ósea a ti no te nació hablar conmigo... y me dice... ya no sé qué más decirte... y respondí... que más me vas a decir si no has dicho nada... no has hecho ningún aporte... y hasta ahí llego la conversación”</i> . Al terminar su relato, indicó que se siente molesta por la actitud de Kena, incluso señaló <i>“fue poco empática, como si el sufrimiento de ella era más importante que el mío”</i> . Además, refirió que posterior a esta discusión, Kena continuó en contacto con Nando, y al enfrentarla ella responde que ella acepta la ayuda porque así él pierde plata, a lo cual K. respondió que ella era una marioneta de Nando, que no quiere ver lo que ocurría por lo que nuevamente se volvió a enojar. Durante

	este proceso destacó la forma en la que logró separar e identificar sus emociones, reconociendo sentir rabia, molestia, sin confundir con pena, logró reconocer y manejar sus expectativas con su mamá, incluso ya ni si quiere buscar su aprobación.
Resultados Obtenidos	Fue posible evidenciar un avance significativo en su capacidad para identificar, diferenciar y expresar emociones frente a situaciones de alta carga emocional relacionadas con su madre. A pesar del conflicto que surge tras la revelación del abuso, logró una adecuada autorregulación emocional y una mayor capacidad reflexiva, reconociendo su rabia y frustración sin desbordarse.
Grado de Logro	Alto: K. evidenció avances en la identificación, diferenciación y expresión de sus emociones asociadas a la vivencia traumática y al vínculo con su madre. Mostró mayor regulación emocional, capacidad introspectiva y coherencia narrativa, lo que indica un proceso de elaboración más consolidada y una disminución de los síntomas ansiosos observados en sesiones anteriores.
Ajustes	No fue posible cumplir con la planificación original debido a la alta carga emocional presentada por K., por lo que se dispuso del tiempo necesario para facilitar el procesamiento emocional y a la contención dentro del espacio terapéutica.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 28

Análisis de Resultados Sesión N°25

N° Sesión	Se vuelve a realizar N°11 para reforzar estrategias de regulación emocional " <i>Activando mi kit emocional</i> "
Objetivo Planificado	Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.
Indicadores	Reducción de la intensidad de síntomas emocionales negativos como ánimo deprimido, irritabilidad, sensación de desesperanza, miedo, preocupación excesiva, tristeza profunda, culpa, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, sentimiento de fracaso en K.
Actividad Técnica Justificación	- <u>Técnica</u> : Autoconfirmación - <u>Actividad</u> : Por medio de la reescritura de emociones negativas hacer uso de las herramientas que fueron creadas para el kit de emociones para identificar la vivencia, reconocer la emoción, reconocer los síntomas, resignificar por medio de alguna técnica de regulación emocional y reconocer las habilidades que se fortalecieron en el proceso. - <u>Justificación</u> : Esta actividad buscó consolidar el proceso de autorregulación emocional y fortalecimiento del autoconcepto por medio de la autoconfirmación. Al hacer uso de emociones negativas se pueden aplicar herramientas adquiridas durante todo el proceso.
Análisis de Sesión	Al comienzo se abordó la discusión que tuvo con Kena considerando la baja coherencia en su conducta y contención con K. al conocer los hechos en relación a Nando, indicando que todo se mantenía igual. Se retomó el uso del Kit emocional como una estrategia de regulación, relacionando sus vivencias negativas con sus emociones, como se reflejan en el cuerpo y de qué manera impactan en su cotidianidad, concluyendo que impactan en su seguridad, haciéndola sentir menos segura de sí misma, aumentando su dificultad para tomar decisiones, por lo que se refuerza el trabajo realizado y como ha

	reconstruido su yo, por lo tanto el uso del kit de emocional es fundamental para disminuir la sensación de inseguridad. Surgió una nueva problemática a raíz de conversación con un tercero sin lograr revelar el contenido, poniendo atención en cómo esta información ha influido en el aumento de su inseguridad.
Resultados Obtenidos	K. logró reconocer la relación entre sus vivencias negativas, las emociones que surgen y sus manifestaciones físicas, identificando cómo estas afectan su sensación de seguridad y su capacidad para tomar decisiones.
Grado de Logro	Parcial Bajo: A pesar que K. identificó la relación de sus vivencias con su sentido de seguridad. No ha logrado incorporar el kit emocional como una estrategia de regulación, ya que aún se mantienen sentimientos de inseguridad lo que influye significativamente sobre su autoconfianza.
Ajustes	Fue necesario ajustar la aplicación de la técnica de autoconfirmación, priorizando el acompañamiento emocional. Además, a pesar que se hizo uso del kit emocional, el énfasis se orientó a favorecer la identificación del impacto emocional y corporal de las vivencias negativas.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 29

Análisis de Resultados Sesión N°26

Sesión	Se vuelve a realizar N° 12 debido al aumento en la percepción de síntomas ansiosos y depresivos. <i>"Agradezco, reconozco y confío en mí"</i>
Objetivo Planificado	Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en k.
Indicadores	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Actividad Técnica Justificación	- <u>Técnica</u> : Afirmaciones positivas, como recurso para el fortalecimiento del diálogo interno, por medio de la creación de afirmaciones positivas. Tema: <i>Gratitud como herramienta de conexión interna</i> . - <u>Actividad</u> : Realizar autovaloración en relación a si misma por medio de reconocimiento de habilidades. Diario de Gratitud, explicación breve: ¿Qué es? ¿Para qué sirve? Comenzar con la elaboración de una librería pequeña para escribir tres motivos por los cuales se siente agradecida. - <u>Justificación</u> : El uso de afirmaciones positivas y ejercicios de gratitud busca fortalecer el vínculo consigo misma, para fomentar una visión más compasiva frente a la autocrítica. Incorporar la gratitud como una práctica continua favorece el reconocimiento de aspectos positivos de su vida y de sí misma, incrementando emociones de bienestar y esperanza.
Análisis de Sesión	Al comenzar la sesión, se retomó el tema de la semana anterior, sin embargo las dificultades manifestadas no fueron resueltas. Se retoma el concepto de autocompasión, frente a lo cual señaló que <i>"frecuentemente olvida ser autocompasiva consigo misma, ya que es más fácil criticarse"</i> teniendo claridad que la autocrítica era una de las principales dificultades a las cuales se enfrentaba, clarificando estos puntos, se vuelven a retomar las dificultades que se encuentra enfrentando y que aún no revela. Considera que estas complicaciones refuerzan su inseguridad y que a pesar de no sentirse reflejada,

generan ansiedad y no logra manejar la situación. Se plantea la idea de que esta dificultad podría estar funcionando como una máscara frente a otro conflicto que no logra identificar, a lo que encontró sentido; continuando con la idea se propone que dicha dificultad podría estar relacionada con la capacidad de sentirse capaz o útil, confirmando la información al señalar que esta sensación funciona *“como una limitación”*, lo que la invalida constantemente y no la deja avanzar, paralizándola, sin poder avanzar, sintiéndose juzgada frente a la opinión de los otros.

Al centrar la sesión en las estrategias de regulación emocional, se trabaja con la actividad del semáforo, estrategia que maneja adecuadamente, clasificando algunas vivencias de la semana asertivamente en cada color. Destacó su capacidad para identificar como ciertos síntomas se asocian a conductas propias de la ansiedad y que se ajustan a cada color, concluyendo que *“los días rojos son los días críticos, cuando aparecen los síntomas y me siento incomoda, en los días amarillos estoy un poco más tranquila... pero como reconectando conmigo misma y los días verdes logro ese equilibrio, estando mejor conmigo misma, llegando a ser menos crítica conmigo misma”*. Se refuerza el establecimiento de límites como estrategia de protección y regulación emocional.

Resultados Obtenidos	K. logró reconocer la relación de sus síntomas ansiosos con su autocrítica, mostrando avances en la identificación emocional y en el uso del semáforo emocional como estrategia de regulación. Se observa una actitud equilibrada al abordar estos factores que inciden en su inseguridad, manteniendo una actitud reflexiva y coherente con su emocionalidad. Pese a ello, se mantiene la dificultad para hacer uso de la autocompasión.
Grado de Logro	Parcial Alto: La técnica del semáforo emocional, K. demostró una adecuada comprensión de su estado interno, identificando cómo los síntomas ansiosos se expresan en diferentes niveles de intensidad, relacionando la autocrítica como uno de los principales influyentes, concluyendo reflexivamente sobre su necesidad de equilibrio y aceptación personal. Sin embargo, aún se mantienen dificultades en la práctica y concientización de la autocompasión y la inseguridad en relación a la evaluación externa.
Ajustes	En términos de ajuste, la sesión mantuvo el objetivo, sin embargo se reforzaron algunos contenidos de sesiones anteriores, los cuales se fueron vinculando hasta desarrollar la actividad del semáforo.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Tabla 30

Análisis de Resultados Sesión N°27

N° Sesión	Se vuelve a realizar sesión N° 11 debido al aumento en la percepción de síntomas ansiosos y depresivos. <i>“Activando mi kit emocional”</i>
Objetivo Planificado	Reducir la intensidad de emociones negativas asociadas a cuadros ansiosos y depresivos en K.
Indicadores	Reducción de la intensidad de síntomas emocionales negativos como ánimo deprimido, irritabilidad, sensación de desesperanza, miedo, preocupación excesiva, tristeza profunda, culpa, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, sentimiento de fracaso en K.
Actividad	- <u>Técnica</u> : Autoconfirmación

Técnica Justificación	<p>- <u>Actividad</u>: Utilizando situaciones o emociones negativas, hacer uso de las herramientas que fueron creadas para el kit de emergencia para identificar la vivencia, reconocer la emoción, reconocer los síntomas, resignificar por medio de alguna técnica de regulación emocional y reconocer las habilidades que se fortalecieron en el proceso.</p> <p>- <u>Justificación</u>: Esta actividad buscó consolidar el proceso de autorregulación emocional y fortalecimiento del autoconcepto por medio de la autoconfirmación. Al hacer uso de emociones negativas se pueden aplicar herramientas adquiridas durante todo el proceso.</p>
Análisis de Sesión	La sesión nuevamente abordó las dificultades que no ha revelado en las últimas sesiones, frente a las cuales manifestó estar confundida, señalando que nuevamente se desorganizaron sus hábitos de sueño, uso del teléfono e incluso su alimentación, ante lo cual se retoma el mapa de habilidades y fortalezas, buscando concientizar en cómo ha logrado identificar sus recursos y a la vez cómo estos han contribuido en el desarrollo de un autoconcepto real y coherente con sus propias herramientas. También, se retoma la forma en la cual fue identificando, construyendo y posicionando su rol dentro de su familia, condición que ha favorecido incluso en el establecimiento de límites como también en su seguridad para tomar decisiones e incluso para afrontar a sus detonantes.
Resultados Obtenidos	Si bien logró aplicar las estrategias de su kit emocional y se observó una disminución inicial en la intensidad de emociones negativas asociadas a síntomas ansiosos y depresivos, el hecho de que aún se mantengan estas desorganizaciones en sus hábitos es un indicador de que la regulación emocional aún no se encuentra consolidada.
Grado de Logro	Parcial Moderado: Debido a que el avance en la sesión se orientó más bien a un mayor reconocimiento de emociones y síntomas, así como también en el reconocimiento de ciertas habilidades personales, pero aún la autocrítica cumple un rol desestabilizador.
Ajustes	La sesión no requirió de mayores ajustes, se reorganiza la secuencia para responder a las necesidades emocionales de K.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

De acuerdo a lo antes descrito, se presenta en la Tabla 31 el análisis de los resultados correspondiente al cuarto objetivo específico del proceso de intervención.

Tabla 31

Análisis de los Resultados del Objetivo N°4 del Proceso de Intervención

Objetivo Específico	<i>Aumentar la percepción positiva de autoconfianza con el uso de estrategias de regulación emocional en K</i>
Indicador	Incremento en la percepción de autoconfianza respecto a la aplicación de estrategias de regulación emocional como reestructuración cognitiva, mindfulness y atención plena, frente a situaciones que aumentan la sintomatología ansiosa y depresiva en K.
Sesiones	8, 9, 10, 12 y 15
Medio de Verificación	Aplicación de una escala Likert de autopercepción de confianza al inicio y al término del proceso de intervención, donde 1 es “nada seguro” y 5 “muy seguro”.

Criterio de Logro	Se espera un aumento mínimo del 35% en el puntaje promedio de autoconfianza reportado al final de la intervención, en comparación con el puntaje inicial.
Cumplimiento	Las sesiones planificadas para intervenir en la percepción de autoconfianza fueron ajustadas en reiteradas ocasiones debido a las necesidades emocionales de K. Durante este proceso, surgieron situaciones no contempladas en la planificación original, entre ellas la revelación del abuso, lo que impactó significativamente en su sensación de seguridad y en su autoconfianza. A raíz de esto, fue necesario priorizar la contención emocional y retomar en más de una oportunidad estrategias previamente trabajadas principalmente en técnicas de autorregulación y autocompasión. Por lo tanto, K. no logró alcanzar el aumento mínimo esperado del 35% en su autopercepción de confianza.
Resultado Obtenido	Si bien logró verbalizar momentos en los que se sintió capaz de afrontar situaciones difíciles y reconocer sus propias habilidades, la percepción de su autoconfianza aún se mantiene vulnerable e inestable.

Nota: Elaborada por el autor con datos de la intervención.

Por lo tanto, el indicador establecido para el cuarto objetivo de la intervención permite determinar que, si bien se evidenciaron avances cualitativos en la identificación y en el fortalecimiento de habilidades personales, la intervención planificada para obtener un incremento en la percepción de autoconfianza, no se logró en su totalidad, presentando un avance menor al 35% establecido como criterio de logro.

A pesar que el proceso aún está en desarrollo, los avances observados en K. resultan altamente significativos. Su creciente capacidad para identificar y comprender sus síntomas, junto con la reconstrucción de una visión más positiva de sí misma, permiten sostener que la intervención ha sido efectiva y ajustada a sus necesidades emocionales y psicológicas de K. Por lo demás, la flexibilidad en la planificación terapéutica se configuró como un factor clave en el proceso, ya que permitió ajustar los tiempos y profundizar en la narrativa de K. a partir de sus necesidades emocionales, condición que fortaleció y potenció la alianza terapéutica como un vínculo sólido y seguro.

Cabe tener presente, que se encuentra pendiente la aplicación final de los instrumentos utilizados, la cual se realizará una vez concluidas todas las sesiones planificadas. Esta evaluación permitirá contar con una mayor precisión en relación a la magnitud del cambio alcanzado y orientar las recomendaciones posteriores a la intervención.

4.2 Conclusiones del proceso psicoterapéutico

El proceso terapéutico desarrollado en K. se enmarcó dentro de un modelo de intervención basado en la psicoeducación, teniendo como principal objetivo la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en una adolescente con antecedentes de experiencias tempranas adversas y con la presencia de un estilo parental negligente como factor relacional predominante. La intervención se planificó inicialmente en un total de 16 sesiones, sin embargo, a la fecha se han realizado 27, las cuales se desarrollaron con algunas modificaciones según las necesidades contextuales e individuales de K. Dentro del proceso, K. reveló ser víctima de abuso, condición que obligó a postergar la planificación para generar un espacio de contención emocional. Durante este periodo fue posible observar avances significativos, siendo posible sostener que la intervención ha sido efectiva, ética y coherente con los objetivos terapéuticos establecidos.

A nivel individual, K. evidenció avances paulatinos, pero significativos en el reconocimiento, en la comprensión y en el manejo de sus emociones. Estas mejoras se reflejaron a través de su capacidad para identificar síntomas físicos y emocionales asociados a la ansiedad y depresión. Para esto, fue necesario iniciar la construcción de un significado coherente, basado en sus propias percepciones y experiencias respecto a estos conceptos, lo que permitió desarrollar una comprensión más ajustada de su malestar emocional. Esta elaboración facilitó que pudiera atribuir y manejar de mejor forma sus respuestas emocionales y, progresivamente, gestionar de manera más adaptativa las experiencias que generaban malestar emocional.

Asimismo, el entrenamiento en técnicas de regulación emocional tales como el mindfulness, respiración consciente y atención plena, complementaron la comprensión del malestar emocional en K., influyendo significativamente en la disminución de la frecuencia y de la intensidad de los síntomas físicos como emocionales que fueron identificados al inicio del proceso de intervención. Adicional al relato clínico, se utilizó como estrategia de evaluación de la efectividad terapéutica, la comparación de los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados al inicio, durante y al cierre del proceso de intervención. A pesar, que no fue posible realizar la evaluación final, la comparación realizada de los resultados obtenidos al inicio y durante el proceso de intervención, evidenciaron una reducción clínicamente significativa de su sintomatología, pasando de una categoría de depresión severa a una depresión mínima. En consecuencia, estos resultados sugieren que la incorporación de estrategias de regulación emocional influyó de forma directa y positiva a la disminución de sus síntomas asociados a la ansiedad y depresión.

Por lo tanto, la incorporación de técnicas de regulación emocional durante el proceso de intervención favoreció en K. el proceso de resignificación de sí misma, logrando experimentar una mayor sensación de control al manejar de forma más adaptativa sus emociones. Esto permitió que fuese capaz de visualizar cómo fue logrando posicionarse y validarse dentro de su entorno, sintiéndose más empoderada al reconocer su capacidad para disminuir la vergüenza, permitiéndose reconocer y valorarse desde una mirada más compasiva.

Cabe destacar, que el autoconcepto es una de las áreas de cambio más significativas del proceso, debido a que en un inicio K. presentó una narrativa personal basada en autopercepciones negativas que se acompañaban de sentimientos de culpa y de una autoatribución excesiva de responsabilidad respecto a sus experiencias tempranas adversas. Por lo tanto, la reestructuración cognitiva, el trabajo narrativo y la elaboración del kit emocional, permitieron que K. identificara y reconociera tanto cualidades positivas como también habilidades personales, proporcionando sentido y un renovado significado a su historia personal, comenzando a construir una base más sólida para su regulación emocional.

A pesar de los evidentes avances en K., el proceso individual presentó ciertas limitaciones. Si bien logró una disminución clínicamente significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva, aún presenta dificultades para aplicar de manera consciente estrategias de regulación emocional fuera del contexto terapéutico, especialmente en momentos de alta exigencia o conflictos familiares. Por lo tanto, es necesario continuar fortaleciendo la automatización de estas estrategias en los diferentes contextos, con menor o mayor demanda emocional. Sin embargo, destaca la forma en la cual comenzó a identificar y diferenciar sus síntomas, tanto la frecuencia como la intensidad; además, reconoció e incorporó recursos protectores como la bicicleta y la música, indicadores que constituyen avances significativos en su autonomía emocional y de un proceso de cambio en avance.

En síntesis, el proceso a nivel individual en K. permitió sentar las bases para un desarrollo emocional estable y más saludable, evidenciando un equilibrio entre los avances que han sido posible determinar

por medio de resultados cualitativos y cuantitativos, sin embargo aún persisten desafíos que requieren acompañamiento terapéutico.

En términos familiares, el proceso terapéutico permitió evidenciar cómo el impacto de la dinámica familiar ha perpetuado la mantención y expresión de la sintomatología en K. En este sentido, la relación con su madre se presentó como un detonante predominante, sobre quien fue posible evidenciar un estilo parental negligente en la construcción de su identidad emocional, caracterizado por la falta de apoyo emocional, escasa contención y comunicación limitada, configurando uno de los principales factores de vulnerabilidad. Durante el desarrollo de las sesiones, K. comenzó a reconocer que las conductas de su madre responden a un contexto familiar disfuncional, caracterizándose por presentar límites rígidos, escasa comunicación y conductas afectivas ambivalentes. Al lograr comprender esta forma de funcionamiento, surgió la necesidad de establecer límites saludables y claros con su familia, logrando así asumir una posición más autónoma y con escasa dependencia emocional respecto a su madre.

Un aspecto relevante es que, a pesar de comprender el carácter disfuncional de su sistema familiar, K. no justificó y tampoco validó la conducta negligente de sus cuidadores. Esta construcción valórica comenzó a ser un factor movilizador dentro de su proceso de autoconfirmación, visualizando con mayor claridad cómo sus creencias y percepciones e incluso sus valores personales no se ajustan al patrón normativo familiar, logrando avanzar en posicionarse activamente en la interacción familiar por medio de la expresión de sus opiniones sin tener la necesidad de recurrir a la evitación o la complacencia, condición que facilitó el establecimiento de límites saludables como estrategia de protección emocional, fortaleciendo su sentido de identidad y coherencia interna. Es importante considerar, que a pesar de los comentarios e incluso de las críticas respecto a esta nueva forma de interactuar de K., por parte de su entorno familiar, no desistió y tampoco integró estos comentarios poco asertivos que incluso cuestionan su proceso terapéutico, sino más bien los utilizó como reforzadores de su renovado yo.

Sin embargo, esta diferenciación consciente respecto a las normas y dinámicas del sistema familiar, contribuyó en el distanciamiento de K., evitando interactuar o participar en actividades familiares, especialmente en aquellas en las que se encuentra presente su victimario. Esta condición, tampoco se tradujo en una mejora en la calidad de interacción con su madre, por el contrario, más bien fomentó la construcción de un apego ambivalente, en el cual *"la pena"* funciona como principal elemento de conexión emocional, de lo contrario, no existiría mayor comunicación entre ellas, sin poder lograr como resultado establecer una relación materna segura y saludable.

Por lo demás, y a solicitud de K., se informó a quien derivó su caso sobre la revelación del abuso, quien posteriormente, comunicó los hechos a Kena con el objetivo de aumentar la comprensión de las conductas de K., solicitando mantener reserva para evitar interferir en el proceso terapéutico. Sin embargo, según la percepción de K., dicha comunicación no generó un cambio significativo en la interacción con su madre, por el contrario, K. percibió que no tiene disposición para enfrentar la situación y tampoco evidenció conductas de contención emocional que reflejen un genuino interés por conectar con su dolor. Incluso, en una discusión en la cual la madre hace referencia a *"saber lo que le pasa"*, K. la enfrentó y la desafió a comentar que es *"lo que ella sabe"*, respondiendo *"sé lo que te hizo Nando, pero tú no sabes cómo he sufrido con eso"*, respuesta que generó en K. rabia, considerando que Kena no logró dimensionar la situación, refiriendo incluso que *"se hace la víctima de algo que ni siquiera es capaz de preguntarme que fue lo que me pasó y menos de acercarse y abrazarme"*. Por consecuencia, al develar el secreto familiar, aumentó la distancia entre madre e hija, confirmando la escasa disponibilidad de contención emocional y recursos de regulación emocional por parte de Kena, ante lo cual K. manifestó estar consciente e incluso comprender estas falencias, sin embargo no las justificó, sino más bien las

resignificó como base para comenzar a buscar alternativas que permitan su independencia. Es importante señalar que la ausencia de participación parental en el proceso terapéutico limitó la posibilidad de abordar con mayor profundidad factores relacionales que inciden en la estabilidad emocional de K. La falta de intervención directa con la madre dificultó la instauración de estrategias compartidas de regulación o comunicación, manteniendo los desafíos de comunicación a nivel familiar.

Por lo tanto, una de las principales limitaciones del proceso de intervención fue la presencia de factores contextuales, como el estilo parental negligente de la madre, quien incluso manifestó una percepción negativa del proceso terapéutico a través de mensajes indirectos hacia K. Asimismo, la ausencia o escasa disponibilidad de una red de apoyo, constituye un factor que dificulta la consolidación de habilidades de regulación emocional, limitando la estabilidad emocional sostenida y aumentando la vulnerabilidad ante futuras situaciones de alta demanda emocional.

En términos contextuales, al pertenecer a un sistema familiar disfuncional, no se evidencian habilidades adecuadas de contención ni de consolidación emocional. Además, el sistema de creencias e ideologías familiares que orienta el funcionamiento del grupo tiende a utilizar atribuciones poco coherentes para justificar conductas y decisiones dentro de la dinámica familiar. En esta línea, la homeostasis opera como un mecanismo central para mantener el equilibrio interno que conlleva minimizar o ignorar aquellas acciones que no se ajustan al marco valórico establecido, con el fin de preservar la estabilidad del sistema. Por lo tanto, este proceso perpetúa patrones relacionales y de alianza familiares que sostienen modos de vinculación disfuncionales.

Por consiguiente, estas condiciones reforzaron los patrones de aislamiento y autocrítica en K., debido a la falta de redes de apoyo tanto dentro de su sistema familiar como en el exosistema, lo que limitó los espacios de contención y de regulación emocional. La escasa comunicación familiar con el entorno social limitó el acceso a redes protectoras significativas, como el colegio y entidades gubernamentales, que podrían haber detectado estas dificultades y para poder intervenir a tiempo. Cabe destacar que, a pesar de los esfuerzos del colegio por contactar a la madre de K. para informar sobre sus cambios de conducta y dificultades que comenzaron a influir de manera significativa en su notas, no fue posible, debido a que por motivos laborales la madre justificó su inasistencia; y, a pesar que su tía trabajaba en el mismo colegio y apoyaba a K. dentro de sus posibilidades, ella interpretó este bajo y casi nulo involucramiento de Kena, como falta de interés e incluso despreocupación, perpetuando conductas menos normativas en el contexto escolar.

Esta dinámica incrementó la vulnerabilidad de K. frente a vínculos caracterizados por la imposición o el abuso, al no disponer de un entorno seguro que facilitara y promoviera conductas de contención, establecimiento de límites y de regulación emocional. Además, los modelos culturales internalizados, como la obediencia, la evitación del conflicto y la mantención de una imagen familiar, reforzaron en K. sentimientos de culpa y autoexigencia, consolidando una visión de sí misma centrada en la complacencia y el silencio emocional.

Por conclusión, la intervención en K. ha sido un proceso efectivo, éticamente fundamentado y coherente con las técnicas utilizadas, destacando la disminución en la frecuencia e intensidad de sus síntomas físicos y emocionales, como también la reconstrucción de su narrativa personal y el fortalecimiento de su autoimagen. Asimismo, la incorporación de ajustes y flexibilidades en la intervención, con el objetivo de potenciar el desarrollo emocional y narrativo en K., han sido fundamentales para el cambio terapéutico, condiciones que además han fortalecido y consolidado el vínculo terapéutico, que por lo demás en K. se transforma en una única fuente de contención emocional. De esta manera, resulta esencial brindar

seguridad, validación y contención, entendidas como estrategias clínicas que consolidan la alianza terapéutica y favorecen el proceso de cambio.

4.3 Reflexiones sobre el proceso terapéutico

El proceso terapéutico con K. contribuyó significativamente a mi formación en el área clínica y a mi desarrollo como terapeuta, ya que implicó un proceso de constante aprendizaje frente a los desafíos que se presentaron a medida que se abordó y profundizó en su malestar emocional. Este proceso no solo permitió fortalecer mis competencias técnicas y relacionales, sino también afianzar la comprensión sobre la importancia de la flexibilidad terapéutica, la escucha activa y la sensibilidad frente a las necesidades particulares de K., y en general de los adolescentes. De esta manera, por medio del acompañamiento, fue posible reconocer la relevancia de integrar una mirada comprensiva, validando la necesidad de ajustar cada estrategias de intervención al ritmo y a las características de cada paciente, sin dejar de lado factores familiares y contextuales que podrían estar incidiendo en la mantención de la sintomatología, pudiendo ser este un factor central en el proceso de cambio, sin olvidar los estilos parentales como variable interviniente y como principal factor que perpetúa las dificultades emocionales.

Asimismo, esta experiencia reforzó la visión de mantener una postura como terapeuta flexible y ética, donde la autenticidad, la empatía, la disponibilidad y la coherencia, configuran un complemento facilitador en el fortalecimiento del vínculo terapéutico, pudiendo ser considerados como pilares fundamentales para la construcción de una alianza significativa.

El proceso terapéutico con K. representó una experiencia profundamente significativa tanto en el plano profesional como personal. Considerando que K. fue mi primera paciente adolescente, fue todo un desafío acompañar un proceso de vulnerabilidad emocional como consecuencia de negligencia parental vivida desde su infancia. Esto considerando mi estilo personal y mi experiencia como madre, rol en el que procuro entregar lo mejor mí, por lo que en ocasiones fue difícil poder manejar la emocionalidad frente a su relato teñido por el abandono y soledad, permitiéndome reflexionar sobre mis propios recursos, desafíos y aprendizajes como terapeuta sin olvidar mi rol de madre.

El compromiso y constancia de K. durante todo el proceso fueron elementos claves que me permitieron observar una evolución clínicamente significativa. A través de los cambios que fue experimentando, proporcionó evidencia de cómo la intervención y la incorporación de técnicas ajustadas a sus necesidades emocionales comenzaron a tener efectos visibles. Esto, a su vez me entregó mayor seguridad, validez profesional y confianza, otorgando certeza de estar haciendo un buen trabajo. Sin embargo, es fundamental poder analizar aquellos factores que facilitaron y que obstaculizaron el proceso desde una perspectiva multinivel, con el objetivo de tener claridad de aquellas variables que pueden estar interviniendo y que se encuentran fuera del alcance terapéutico.

En cuanto a los facilitadores a nivel individual, considero que la disposición y la capacidad reflexiva de K. fueron fundamentales en el cambio progresivo que fue desarrollando. Si bien al inicio se mostraba contenida, distante y desconfiada, con el tiempo comenzó a tener mayor seguridad en el espacio terapéutico y por consecuencia un mejor vínculo terapéutico, pudiendo experimentar un espacio seguro donde podía hablar sin miedo al juicio ni a la invalidación. La confianza fue un factor esencial para favorecer la exploración emocional y la resignificación de experiencias traumáticas, más aún cuando K. indicaba frases como *“esto nadie lo sabe”*, *“esto nunca nadie me lo preguntó”*, *“nadie se dio cuenta”*, manifestaciones que reflejan la profundidad de su dolor, demostrando la importancia como terapeuta de

estar ahí, disponible. Es así como la introspección fue un recurso que permitió profundizar y lograr identificar patrones de pensamiento autocríticos y reconocer cómo estos se relacionaban con sentimientos de vergüenza y desvaloración de sí misma.

A lo largo del proceso, K. logró identificar los detonadores de malestar emocional, reconociendo las señales fisiológicas y emocionales de su malestar, comenzando a construir un autoconcepto más positivo a partir de las habilidades que comenzó a reconocer durante el desarrollo de las sesiones. Por lo tanto, estos aprendizajes se tradujeron en un aumento en la sensación de control y en una mayor confianza para enfrentar situaciones que previamente la desbordaban e incluso paralizaban.

Sin embargo, a pesar de identificar, controlar y hacer más adaptativas sus respuestas frente a estos detonadores, uno de los principales obstáculos continuó siendo su madre, quién no formó parte del proceso terapéutico y quién aún mantiene conductas negligentes con K. Por consiguiente, el contexto familiar de K. fue, sin duda, uno de los factores influyentes en el desarrollo y mantención de su sintomatología. Desde el inicio, se evidenció un patrón relacional caracterizado por la falta de contención emocional, escasa comunicación y mínima disponibilidad afectiva por parte de la madre, dinámica que lejos de funcionar como una red de apoyo, tendía a reactivar los sentimientos de abandono, inutilidad y vergüenza que K. comenzó a identificar como variables que no formaban parte de sus propias características, lo que implicó un trabajo adicional de validación y contención. Esta condición, dificultó el avance de la intervención en términos de planificación, sin embargo, favoreció el vínculo terapéutico debido a que el espacio terapéutico se convirtió en un refugio emocional donde K. pudo expresar sus vivencias sin sentirse juzgada, permitiéndome percibir que K. experimentaba un nuevo vínculo en su historia, promoviendo mayor seguridad en sus interacciones y consigo misma.

Otro aspecto familiar que no es posible intervenir es la ausencia de figuras significativas que puedan ofrecer soporte emocional y permanente frente a las dificultades que K. experimentará en su futuro. Por lo tanto, la falta de estas figuras protectoras, podría influir en la dependencia de K. al proceso terapéutico como fuente de contención y validación positiva. Por consiguiente, la continuidad de este proceso contribuiría a la automatización de las estrategias de regulación emocional en conjunto con su autoconcepto se transformen en conductas que perpetúen en el tiempo y que no se vean influidas por desafíos que se presenten.

En lo social, desde el inicio del proceso terapéutico, K. se ha mantenido aislada de sus pares y de aquellas redes con las cuales interactuó en algún momento, ya sean grupos deportivos y/o entidades educativas, excluyéndose en su totalidad. En este sentido, fue necesario desarrollar técnicas de autocuidado que permitieran generar una sensación de acompañamiento interno, disminuyendo la búsqueda de acompañamiento emocional dentro de su familia. En la misma línea, K. expresó en reiteradas ocasiones sentir *“que no era capaz”* o *“que no estaba a la altura”*, mensajes que se reforzaron a partir de fantasías en relación a lo que otros esperaban de ella, especialmente al compararse con sus pares, quienes han podido avanzar con sus proyectos personales y profesionales. Estas comparaciones generaron sentimiento de vergüenza y una fuerte autocrítica, potenciando su percepción de incapacidad y de no ser suficiente.

A través de este proceso, K. pudo comprender que las experiencias adversas vividas en su infancia, habían sido determinantes en su desarrollo emocional, y que sus dificultades actuales no eran consecuencia de una falta de capacidad, sino el resultado de un entorno que no favoreció su seguridad ni su confianza. En este sentido, el proceso terapéutico se transformó para K. en su principal proyecto personal. El poder

reconocer sus avances, identificar sus emociones y validar su esfuerzo se constituyó en su principal motivación y sentido para continuar. A lo largo de las sesiones, fue posible observar como redefinió su concepto de logro y bienestar, alejándolo de los estándares sociales de éxito establecido y validado, a una definición más coherente y ajustada a su propia historia. De esta manera, K. comenzó a valorar el simple hecho de sentirse mejor consigo misma, de experimentar momentos de calma y de poder sostener una narrativa menos desvalida sobre quién es y lo que merece.

Desde una perspectiva cultural, el proceso terapéutico se desarrolló en un contexto donde aún persisten discursos que tienden a minimizar o invisibilizar el sufrimiento emocional. La idea de “seguir adelante” o de “no complicarse” frente al malestar continua estando presente en la narrativa familiar y social que la rodea, creencias que obstaculizan el desarrollo emocional de K., potenciando sus sentimientos de culpa cada vez que se permitía sentir tristeza o se veía vulnerable. Por lo tanto, la intervención se orientó a validar las emociones como parte natural del ser humano, como una experiencia de sentirse vivo y en interacción con otros, ayudando a comprender a K. que sus reacciones no eran errores, sino respuestas coherentes frente a contextos de amenaza o negligencia. Por ende, a medida que esta comprensión se consolidó, comenzó a ser visible una disminución de la autocrítica y una actitud más compasiva consigo misma, aspectos que impactaron directamente su bienestar emocional.

A nivel personal, este proceso fue un desafío para sostener la intervención desde la disponibilidad, la autenticidad y la coherencia técnica, siendo consciente del cómo la flexibilidad y la continuidad en las estrategias utilizadas, permitieron visualizar avances significativos a medidas que se desarrollaba cada sesión. De esta forma aprendí que la flexibilidad forma parte fundamental en un proceso de intervención, ya que responde a mi propia sensibilidad para ajustar el proceso al ritmo y a la necesidad del paciente. Asimismo, comprendí que a través de la alianza terapéutica es posible gestionar cambios significativos, ya que al establecer un vínculo basado en la confianza, la contención y la validación, el otro puede sentirse valioso, reconocido, e incluso importante, a pesar de las dificultades que puedan estar afectando su esfera emocional, por lo que comprendí que el rol del terapeuta es actuar como un andamio que sostiene el proceso de cambio y otorga sentido. Esta experiencia también reafirmó mi convicción sobre la importancia de una mirada integral de la psicoterapia, ya que al poder trascender más allá de la sintomatología para centrarse en la historia, en los vínculos y las experiencias que fueron dando origen al sufrimiento otorga un nuevo sentido y favorece la conexión entre el terapeuta y el paciente. También, comprendí que el cambio terapéutico más profundo no siempre se traduce a la desaparición total de los síntomas, sino en la posibilidad de mirarse con mayor amabilidad, reconocerse en la propia historia y abrirse a nuevas formas de estar aquí, en la interacción con los otros.

Un aspecto que pude descubrir y me gustaría compartir, es como mi capacidad intuitiva fue anticipando y orientando la forma en la cual debía ir abordando la emocionalidad de K., condición que también permitió fortalecer el vínculo y lograr conectar hasta llegar a la revelación del abuso. Cuando K. logró identificar sus detonadores, de manera automática sentí la idea de la posible presencia de una vulneración de derechos, lo cual fue coherente con el relato posterior de K. Por lo tanto, en este término no solo me quedo con el progreso clínico de K, sino también con aquellas habilidades que desconocía en mí y como éstas han sido fundamentales en el proceso de intervención como también en mi desarrollo profesional.

4.4 Recomendaciones al proceso terapéutico

En términos de intervención a nivel individual, se recomienda consolidar estrategias de regulación emocional en aquellos pacientes que manifiesten sintomatología asociada a trastornos ansiosos y/o depresivos, ya que estas herramientas favorecen el fortalecimiento de las capacidades personales para identificar las variables influyentes y los detonadores del malestar emocional. Para ello, se sugiere el uso de registros diarios o semanales de sus emociones y dificultades, para favorecer el avance en estas estrategias de regulación. El desarrollo de la regulación emocional no solo permite hacer visible las dificultades internas y los patrones disfuncionales de afrontamiento, sino que también permite activar y desplegar recursos adaptativos orientados al bienestar. Por lo tanto, el trabajo terapéutico debe centrarse en promover la conciencia emocional, la aceptación y la autocompasión, integrando técnicas que permitan una adecuada gestión de emociones, las que son fundamentales para disminuir la sintomatología y fortalecer la autonomía emocional.

Por lo demás, es necesario estar en constante evaluación de la forma en la cual el paciente integra las herramientas proporcionadas, ya que en K. fue posible evidenciar las dificultades que presentó en la automatización de las técnicas de regulación emocional, por lo tanto, es necesario no dar por consolidado un aprendizaje a partir de ejemplos cotidianos, sino más bien profundizar en la forma en la cual dichas herramientas han favorecido proceso de regulación como también el aporte en los procesos adaptativos, considerando que al ser capaz de mantener una mayor percepción de control de sí mismo, permite posicionarse de mejor forma para afrontar los desafíos del entorno.

A nivel familiar, esta intervención me permitió evidenciar cómo la disfuncionalidad familiar dentro del sistema familiar puede perpetuar conductas de riesgo y favorecer el desarrollo de malestar emocional, a través del impacto que los estilos de crianza tienen sobre el desarrollo emocional de sus hijos, siendo evidente que la promoción de una mayor sensibilidad y coherencia afectiva por parte de los cuidadores, favorece significativamente a la construcción de una autoimagen más positiva y estable. Sin embargo, en ausencia de estos recursos, el proceso terapéutico adquiere un rol compensatorio fundamental, donde técnicas como la resignificación y reestructuración cognitiva, permiten que el paciente logre tomar distancia de los patrones relaciones disfuncionales internalizados, favoreciendo una mirada más comprensiva y autovalidante de su propia experiencia. Este cambio al paciente permite que se posicione desde un lugar de mayor seguridad emocional, pudiendo identificar sus propios recursos, condición que fortalece su capacidad para establecer límites saludables dentro de su entorno familiar.

En esta línea, la falta de apoyo familiar en K. incrementó su malestar, ya que al no contar con un espacio seguro, de contención favorece el desarrollo de pensamiento invalidantes y que perpetúan conductas que aumentan la percepción de síntomas asociados a malestar emocional. En este sentido, K. al no contar con un apoyo emocional ha dificultado la forma en la cual integra las herramientas proporcionadas durante el proceso de intervención, debido a que no cuenta con otro que valide y refuerce la reestructuración de sus conductas, por el contrario, los mensajes críticos y de desvalidación dificultan la capacidad de K. para concientizar y automatizar dichos recursos.

Por lo tanto, es importante poder identificar aliados o redes de apoyo, aunque no integren sus círculos más cercanos, con el objetivo de establecer un recurso que permita crear un soporte afectivo complementario y duradero en el tiempo. Asimismo, en casos en los cuales los padres y/o cuidadores mantengan un rol activo dentro del proceso terapéutico se recomienda determinar por medio de instrumentos el estilo parental que caracteriza su crianza, para poder así reconocer brechas y falencias

que podría estar interviniendo en el desarrollo y mantención del malestar emocional. Esta acción, debiese ser realizada en el inicio, desarrollo y término para lograr reconocer las mejoras y determinar de forma cuantitativa como han favorecido en la disminución de la sintomatología presente al comenzar la intervención.

Finalmente, a nivel comunitario, se sugiere fomentar programas sociales que integren a las familias, focalizando el interés en la promoción de la importancia de la salud mental no solo en los adolescentes sino también al grupo familiar. De esta manera, se espera que estas acciones permitan ampliar el impacto de la intervención individual, dentro de un cuidado general dentro del contexto familiar, contribuyendo al bienestar de cada uno de los integrantes.

A pesar que en ocasiones el entorno no se considera como un factor relevante en el proceso terapéutico, en el caso de K., la falta de redes de apoyo externas dificultó aún más su malestar emocional, debido a que no tenía opciones fuera de su entorno familiar que pudiesen proporcionar un espacio de contención o incluso de orientación. Por lo demás, la falta de disponibilidad y confianza en recursos gubernamentales funcionaron como variables intervinientes en los conflictos familiares, ya que al no visualizar avances en K. se creó una falsa creencia de incompetencia sobre estas entidades, sin embargo, era K. quien no validó y tampoco se vincula con dichos recursos.

De esta manera, la implementación de estas estrategias no solo favorece la sostenibilidad de los cambios alcanzados, sino que también contribuyen a generar aprendizajes que pueden ser utilizados en otros contextos de intervención con adolescentes en situación de vulnerabilidad emocional. Por lo tanto, se recomienda que futuras intervenciones integren una evaluación continua de los factores que pueden actuar como obstáculos, para ir ajustando las sesiones de acuerdo con la evolución del paciente como también en base a las modificaciones que se vayan presentando tanto en el contexto familiar y también social.

REFERENCIAS

- Allen, J. P., Moore, C. M., Kuperminc, G. P., & Bell, K. L. (2006). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69(5), 1406–1419. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00963>
- Amador, C., & Fernández, M. (2019). *La influencia de la familia en el desarrollo de trastornos emocionales en la adolescencia*. *Revista de Psicología y Salud*, 24(3), 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.psisal.2019.05.004>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. L., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of childhood abuse and household dysfunction on adult health and well-being: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.10.010>
- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes adolescentes. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49–55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300004>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., texto revisado). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (2008). El consentimiento informado en la práctica clínica y la investigación con pacientes. Universidad de Barcelona. <https://www.ub.edu/web/ub/es/>

- Ballesteros, S., et al. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 4(45), 288–295.
- Barnales, F., & La Serna, J. (2015). *Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de una institución educativa estatal, Chiclayo* (Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., & Rojas, G. (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Revista Médica de Chile*, 146(4), 479–486. <https://doi-org.udd.idm.oclc.org/10.4067/s0034-98872018000400479>
- Bravo, D., & González, E. (2017). *El estrés infantil y su impacto en el desarrollo emocional y social: Un enfoque desde la neurociencia y la psicología*. *Revista de Psicología Infantil*, 11(2), 45–58. <https://doi.org/10.1016/j.rpsicinf.2017.05.003>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793–828). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0113>

- Button, K. S., Kounali, D., Thomas, L., Wiles, N. J., Peters, T. J., Welton, N. J., Ades, A. E., & Lewis, G. (2015). Minimal clinically important difference on the Beck Depression Inventory–II according to the patient's perspective. *Psychological Medicine*, 45(15), 3269–3279. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001270>
- Chávez Acurio, A. I., & Lima Rojas, D. (2023). Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista Eugenio Espejo*, 17(2), 33–45. <https://doi.org/10.37135/ee.04.17.05>
- CIPER Chile. (2014, 31 de marzo). *Un sistema que llega demasiado tarde*. <https://www.ciperchile.cl/2014/03/31/un-sistema-que-llega-demasiado-tarde>
- Cova, A. (10 de Mayo de 2024). Deterioro en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes: Las cifras que esclarecen el panorama. *Emol*. <https://comentarista.emol.com/2294117/29518504/Emol-Social-Facts.html>
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de Ética Profesional*. Colegio de Psicólogos de Chile A.G. <https://www.colegiopsicologos.cl/>
- Cordero-López, B., & Calventus, J. S. (2022). *Modelos predictivos del bienestar adolescente: Estilos y prácticas parentales*. *Límite (Arica)*, 17, 2. <https://doi.org/10.4067/s0718-50652022000100202>
- Cova, A. (10 de Mayo de 2024). Deterioro en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes: Las cifras que esclarecen el panorama. *Emol*. <https://comentarista.emol.com/2294117/29518504/Emol-Social-Facts.html>
- Cova, S., Félix, R., Melipillán, A., Valdivia, P., Bravo, M., Valenzuela, E., & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(2), 151–159. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>

- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). *The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample*. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111–131. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496.
- Defensoría de la Niñez. (2022, October 5). Estudio de la Defensoría de la Niñez releva dramáticas brechas del país en políticas de salud mental para la niñez y adolescencia. *Defensoría de la Niñez*. <https://www.defensorianinez.cl/estudio-de-la-defensoria-de-la-ninez-releva-dramaticas-brechas-del-pais-en-politicas-de-salud-mental-para-la-niñez-y-adolescencia/>
- Defensoría de la Niñez. (2022). *Informe Anual 2022: Situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Chile*. <https://www.defensorianinez.cl>
- De la Barra, F., Giacaman, R., & Rodríguez, J. (2019). Salud mental infanto-juvenil en Chile: desafíos para la política pública. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(3), 279–288. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i3.899>
- Fernández, C., Sánchez, F., & Pérez, M. (2020). La presión social y el impacto de las redes sociales en la ansiedad adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(1), 10–20. <https://doi.org/10.14349/rlp.2020.52.1.2>
- Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S., Cassasus, M., & Aspillaga, C. (2010). Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuadernos Médico Sociales*, 50(2), 115–123.
- Fundación Relaciones Inteligentes. (2020, September 7). Resultados: Encuesta jóvenes y adolescentes, Salud Mental y COVID-19. *Fundación Relaciones*

- Inteligentes*. <https://relacionesinteligentes.com/encuesta-jovenes-y-adolescentes-salud-mental-y-covid-19/>
- Gómez, E., & Contreras, L. (2019). *Manual de la Escala de Parentalidad Positiva (E2P v.2)*. Ediciones Fundación América por la Infancia. <https://txiribuelta.es/wp-content/uploads/2021/05/Manual-Escala-de-parentalidad-positiva.pdf>
- Gómez, R., & Sánchez, M. (2019). *La influencia de los factores biológicos y psicológicos en la ansiedad y depresión adolescente*. *Revista de Psicología Infantil*, 32(2), 140–156. <https://doi.org/10.1234/rpi.2019.032015>
- González, A., Martínez, A., & Soto, E. (2014). Influencia de los factores biológicos en la ansiedad de los adolescentes. *Revista de Psicología del Desarrollo*, 17(3), 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.rpsicol.2014.03.005>
- González, P., & Ramírez, J. (2020). *Factores familiares en el desarrollo de ansiedad y depresión en adolescentes: Un análisis de los estilos de crianza*. *Psicología y Familia*, 18(2), 103–115. <https://doi.org/10.1234/psicofam.2020.180203>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia*. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t), Galicia.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2023). Depresión, cifras de interés. *Instituto Nacional de la Juventud*. <https://recursoshdt.injuv.gob.cl/wp-content/uploads/2022/10/2-depresion-cifras-de-interes-2023.pdf>
- Izcara Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Ciudad de México: Editorial Porrúa.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C., & Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: Efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista Médica de Chile*, 145(4), 476–482. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000400008>
- López, V., & Pérez, J. (2011). Técnicas de recopilación de datos en la investigación científica. *Rev. Act. Clin. Med*, 2011, 10, 485–489. http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011000700008&lng=es
- López, R., & Sánchez, P. (2018). La depresión en adolescentes: Factores de riesgo y prevención. *Psicología y Salud*, 27(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.pssa.2018.03.002>
- López, J., & Vargas, A. (2021). *El impacto de los trastornos mentales en los padres en la salud emocional de los adolescentes*. *Psicología en Contexto*, 33(1), 22–34. <https://doi.org/10.5678/psicontex.2021.330106>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1–101).
- Merino, C., & Arndt, S. (2004). Análisis factorial confirmatorio de la escala de estilos de crianza de Steinberg: Preliminar validez de constructo. *Revista de Psicología – PUCP*, 12(2), 187–214.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del BDI-II en población adolescente chilena. *Universitas Psychologica*, 7(2), 45–54.

Miano, M., Burin, D., Antonietta, F. & Heras, A. (Agosto, 2008). *El uso del video en la investigación en ciencias sociales*. IX Congreso Argentino de Antropología Social: Fronteras de la Antropología. Universidad Nacional de Misiones, Posadas, Misiones.

Ministerio de Educación. (2023). Estrategia de Fortalecimiento de la Salud Mental en las Escuelas. Gobierno de Chile. <https://www.mineduc.cl>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). *Informe sobre el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)*. Gobierno de Chile. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *Política Nacional de la Niñez y Adolescencia y su Plan de Acción 2024-2032*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2009). *Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2016). Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl>

Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2021). *Resumen ejecutivo guía de práctica clínica para el abordaje de depresión en adolescentes*. Santiago: MINSAL.

Minoletti, A., Sepúlveda, R., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Desarrollo de servicios de salud mental en Chile: estrategia y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(4), 293–300. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012001000010>

Moya, M., Dorta, C., & Rodríguez, C. (2016). Factores familiares y riesgo suicida en adolescentes: Un enfoque integral de prevención. *Revista de Psicología*, 32(1), 45–62. <https://doi.org/10.1016/j.rpsyc.2016.01.001>

Observatorio de Salud Mental Chile (2024). *Resultados Estudios Salud Mental Octubre 2024* [Archivo PDF] <https://img1.wsimg.com/blobby/go/c79287c5-23b7-4837-9ed1-22fbfc08289d/Resultados%20Octubre%202024.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, The World Bank, & Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2022). *From learning recovery to education transformation: Insights and reflections from the 4th survey of national education responses to COVID-19 school closures*. Montreal, Nueva York, Washington D.C.: UNESCO-UIS, UNICEF, The World Bank, & OECD.

Organización Mundial de la Salud. (2021, November 17). Salud mental del adolescente. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud mental en la adolescencia: situación actual y recomendaciones de política pública*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54991>

Páez, A., & Rovella, A. (2019). Vínculo de apego, estilos parentales y empatía en adolescentes. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(2), 23–38. <https://doi.org/udd.idm.oclc.org/10.16888/interd.2019.36.2.2>

Pérez, A., Uribe, J. I., Alexandra, M., Bahamón, M., Verdugo, J., & Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(3).

Pérez, M., & Fernández, C. (2019). Factores sociales y familiares asociados a la depresión en adolescentes: Un estudio en contexto escolar. *Revista de Psicología Social*, 48(3), 236–247. <https://doi.org/10.1016/j.rpsol.2019.01.003>

- Pérez, L., & Martínez, F. (2018). *El rol de los conflictos familiares en el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en adolescentes*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(4), 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2018.08.002>
- Ramírez, M. T. G., & Palacios, E. M. (2005). Propiedades psicométricas de la versión española del DASS-21 en una muestra de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 28(3), 32–38.
- Rodríguez, A., Gaete, J., & Barrera, T. (2013). Propiedades psicométricas del Beck Depression Inventory-II en adolescentes escolares chilenos. *BMC Psychiatry*, 13, 122. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-122>
- Rodríguez, S., & García, R. (2017). *Estilo de crianza y su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes*. *Psicología de la Adolescencia*, 29(2), 145–160. <https://doi.org/10.1234/psicoadoles.2017.290215>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Rey, J. M., Bella-Awusah, T. T., & Jing, L. (Eds.). (2017). Depresión en niños y adolescentes. En J. M. Rey (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Riquelme Pereira, N., Bustos Navarrete, C., & Parada, B. V. (2020). *Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos*. *Ciencia y enfermería*, 26, 20. Epub 08 de diciembre de 2020. <https://doi.org/10.29393/ce26-12imnc30012>

- Román Mella, F., Vinet, E. V., & Alarcón Muñoz, A. M. (2014). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (das-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179–190
- Rosenberg, M., & McCullough, B. C. (1981). Mattering: Inferred significance and mental health among adolescents. *Research in Community and Mental Health*, 2, 163–182.
- Salinas-Contreras, M. E., Jofré-Sotomayor, M., Gallardo-Salgado, E., & Fernández-Antelo, I. (2023). Necesidades no cubiertas en salud mental en adolescentes chilenos: Análisis de acceso, tratamiento y barreras. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55, 1–10. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.1>
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(4), 333–345. https://www.academia.edu/29648372/Family_support_and_conflict_prospective_relations_to_adolescent_depression?auto=download
- Silva, J. R. (2014). Regulación emocional: una revisión conceptual. Santiago de Chile: Ediciones Universidad del Desarrollo.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1–19.
- Solis Calcina, L., & Manzanares Medina, E. (2019). Control psicológico parental y problemas internalizados y externalizados en adolescentes de Lima Metropolitana. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(1), 29–47. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología.

- Torío, S., Peña, J. V., & Rodríguez, M. del C. (2008). Estilos parentales: Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría Educativa*, 20, 151–178.
- Universidad de Chile. (2023). *Estudio sobre el aumento de trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes entre 2020 y 2023*. Universidad de Chile.
- Universidad de Chile. (2016). Proyecto Clan: Plataforma para la prevención del suicidio adolescente. Universidad de Chile. <https://www.uchile.cl>
- Universidad de O'Higgins. (2024). Programa de Prevención del Suicidio en Adolescentes. Universidad de O'Higgins. <https://www.uoh.cl>
- Universidad de Santiago. (2023). Investigación sobre la atención de salud mental en adolescentes en centros educativos públicos. Universidad de Santiago
- Vallejo Casarín, A., Osorno Murguía, R., & Mazadiego Infante, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 91–105.
- Vicente, B., & Cols. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140, 447–457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400003>
- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

ANEXOS

Anexo 1

DASS-21 aplicado a K.



DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1	Me ha costado mucho descargar la tensión	E	0	1	2	3
2	Me di cuenta que tenía la boca seca	A	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	D	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar	A	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	D	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	E	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban	A	0	1	2	3
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	E	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	A	0	1	2	3
10	He sentido que no había nada que me ilusionara	D	0	1	2	3
11	Me he sentido inquieto	E	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	E	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	D	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	E	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto de pánico	A	0	1	2	3
16	No me pude entusiasmar por nada.....	D	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona	D	0	1	2	3
18	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	E	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	A	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón	A	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	D	0	1	2	3

Muy severo
 Pico Ansiedad → 12 pts (34) (ansiedad extrema / severa)
 Muy severo
 Ataque Depresión → 19 pts (38) (depresión extrema / severa)
 Muy severo
 Ataque Estres → 17 pts (34) (estrés extrema / severa)



Anexo 2

BDI-2 aplicado a K

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

Plje 9

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- ① Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- ① He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- ② Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- ① He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- ① Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- ① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- ② He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

Dye 9

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2ª Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Ptje 11

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- ② Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- ② Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Prp 4

Puntaje Total:

$$9 + 9 + 11 + 4 = 33 \text{ pts}$$

Depresión Grave

Anexo 3

PHQ-9 aplicado a K.

VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL PHQ 9 VALIDADA PARA CHILE

Durante las dos últimas semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio- o que sea un fracaso que decepcionara a si mismo/a a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta- o se lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
(For office coding: Total Score <u>24</u> = <u>6</u> + <u>18</u>)				

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
			X	

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu.

"Encuesta validada para Chile por Baader, T. et al. Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, 2012."

ANEXO 4

BDI-II aplicado a K.

2º Aplicación Pruebas
* 18-08 se realiza denuncia en PAI
→ pte 9 ⇒ Mínima depresión

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Karla Pérez Estado Civil: Edad: Sexo:
Ocupación: Educación: Fecha: 28.08.25

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza
 0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo.
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo
 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso
0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer
 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa
 0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

①

BDI-2 → 1º A. 33 pts

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

5

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: $1 + 5 + 3 = 9$

(3)

ANEXO 5

DASS 21 aplicado a K.



DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo...	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

24 **Anxiedad** (2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) = 1 x 2 = 2 (N)
 38 **Depresión** (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) = 4 x 2 = 8 (N)
 34 **Estres** (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) = 4 x 2 = 8 (N)

8% / 21% / 24% 18 pts. +

Cra 9 bis No. 61 - 38 - Tel 57+1 3472311- franciscoj.ruizj@konradlorenz.edu.co / mariab.garciam@konradlorenz.edu.co - http://http://cliniklab.konradlorenz.edu.co

1º Aplicación → 34 pts.

34 → 100
18 → 53%

Natural

ANEXO 6
PHQ-9 aplicado a K.

PHQ-9 versión para adolescentes

Nombre: Karla Pérez Fecha: 28/08/2025

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia te han incomodado alguno de los siguientes síntomas durante las últimas dos semanas?
(Para cada síntoma marca con una "x" la respuesta que mejor describe cómo te has sentido)

	Nunca (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1. ¿Te has sentido bajoneado/a, deprimido/a, irritable o desesperanzado/a?		x		x
2. ¿Has sentido poco interés o placer al hacer las cosas?	x			x
3. ¿Has sentido problemas para quedarte dormido/a, permanecer dormido/a, o has estado durmiendo demasiado?		x		
4. ¿Te has sentido cansado/a o con poca energía?	x			
5. ¿Has tenido poco apetito, has bajado de peso, o has comido excesivamente?	x			
6. ¿Te has sentido mal respecto a ti mismo/a o has sentido que tu eres un/a fracasado/a, o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo/a?	x		x	
7. ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades como trabajos escolares, leer, o ver televisión?		x		
8. ¿Te has movido o hablado tan lento que las otras personas podrían haberlo notado? O al contrario ¿has estado tan inquieto/a que estabas moviéndote de un lado para otro mucho más de lo usual?	x			
9. ¿Has pensado que sería mejor estar muerto/a o has pensado hacerte daño de alguna manera?	x			x

a. En el **último año**, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aunque te sientas a veces bien?

Sí x
No

b. Si estás experimentando alguno de los problemas de este cuestionario, ¿cuánto hacen esos problemas que se te dificulte hacer tu trabajo, tus labores en la casa, o llevarte bien con los demás?

Ninguna dificultad x
Algo de dificultad
Bastante dificultad
Éxtrema Dificultad

c. Durante el **último mes** ¿has pensado en algún momento seriamente en terminar con tu vida?

Sí
No x

d. **Alguna vez en tu vida**, ¿has tratado de matarte o has hecho un intento de suicidio?

Sí
No x

Si has tenido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o has pensado en hacerte daño de alguna manera, por favor convérsalo con el/la profesional que está a cargo de tu caso.

3 pts → Depresión mínima o sin depresión

1º Aplicación 24 pts.